Aus: Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin
Leiter: Prof. Dr. med. G. Bosch

ZUR FRAGE DER PATIENTENSELEKTION IN EINEM SEKTORISIERTEN VERSORGUNGSANGEBOT

dargestellt an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin im Bezirk Charlottenburg

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Andreas Dieckmann
Günter Plönes

1986

Aus: Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin
Leiter: Prof. Dr. med. G. Bosch

ZUR FRAGE DER PATIENTENSELEKTION IN EINEM SEKTORISIERTEN VERSORGUNGSANGEBOT

dargestellt an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin im Bezirk Charlottenburg

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Andreas Dieckmann
Günter Plönes

Referent: Prof. Dr. G. Bosch

Korreferent: Prof. Dr. W. Greve

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: Freitag, den 9.5.1986

V O R W O R T

Da die gegenwärtige Promotionsordnung fordert, daß aus einer solchen Gemeinschaftsarbeit Einzelleistungen ersichtlich sein müssen, haben wir die Arbeit wie folgt aufgeteilt:

Die Teile I "Analyse der Versorgung" und II "Darstellung der Abteilung" mit den Abschnitten A und B wurden überwiegend von A. Dieckmann, die Kapitel II "Darstellung der Abteilung" mit dem Abschnitt C und III "Untersuchungsmethode" hauptsächlich von G. Plönes verfaßt, wobei sich die Autoren untereinander abstimmten.

Bezüglich des Teils IV "Einzeluntersuchungen und Ergebnisse" wurde folgende Aufteilung vorgenommen. Gemeinsam erarbeitet und formuliert wurde im Abschnitt A das Kapitel "Erstaufnahmeklientel der Abteilung für Sozialpsychiatrie" (A 1) und Kapitel "Zur primären Selektion". Von A. Dieckmann stammen die Kapitel "Vorselektion durch anbietende Institutionen" (A 2) und "Nichtübernommene Patienten" (A 4), von G. Plönes die Kapitel "Aufnahmeselektion durch die Abteilung" (A 3) und "Aufnahmen von Ausschlußindikationen" (A 5), jeweils in Absprache mit dem anderen Doktoranden.

Im Abschnitt B des Teils IV "Einzeluntersuchungen und Ergebnisse" entwickelten die Autoren die Thesen "Zur sekundären Selektion" gemeinsam. G. Plönes übernahm die Ausarbeitung der Kapitel "Entlassungen aus der Abteilung", "Sekundäre Selektion durch Entlassungen aus der Abteilung" (B 2) und "Sekundäre Selektion durch Überweisung" (B 4). Die Kapitel "Entlassene Patientengruppen" (B 1), "Behandlungsbeendigung durch Patientenentscheidung" (B 3) und "Sekundäre Selektion bei drohendem Behandlungsabbruch" (B 5) stellte wiederum A. Dieckmann zusammen. Auch bei den Kapiteln des Abschnitts B. wurden die Formulierungen miteinander abgestimmt.

Die "Kritische Zusammenfassung" (V), der Anhang (VI/VII) und das Literaturverzeichnis (VIII) wurden in Zusammenarbeit fertiggestellt.

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
VORWORT	3
EINLEITUNG	7
I. ANALYSE DER VERSORGUNG	9
A. Allgemeine augenblickliche Situation	9
Die Situation in Berlin	10
Der Bezirk Charlottenburg	10
B. Allgemeine Bestrebungen zur Verbesserung der Versorgung	12
Berliner Bestrebungen	14
Bestrebungen in Charlottenburg	14
II. DARSTELLUNG DER ABTEILUNG	17
A. Allgemeines	17
Konzeption und Arbeitsstil	17
Patienten	18
B. Entwicklung der Abteilung	19
Tagesklinik	20
Ambulanz	22
Patientenclub	22
Nachtklinik	23
Arbeitstherapeutische Werkstatt	23
Mitarbeiter	24
C. Aufnahmeverfahren	24
Entlassungsverfahren	25
Wiederaufnahmen	25
III. UNTERSUCHUNGSMETHODE	27
Setting der Gesamtuntersuchung	27
Hypothesen	27

Seite

A. Charlottenburger Querschnittsuntersuchung (Fremduntersuchung) 30
Quelle 30
Variablen 30

B. Angebot an die Abteilung in den Jahren 1974 bis 1980 31
Quellen 31
Aufnahmebogen 31
Patientenkarte 34

C. Variablen der Untersuchung 34
Grunddaten 34
Soziale Vorgeschichte 35
Sozialstatus zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens 36
Anamnestische Daten 37
Diagnostische Daten 38
Aufnahmeverfahren 40
Zeitverlauf des Aufnahmeverfahrens 42

D. Motivationsvariablen für Nichtaufnahme und Motivationsvariablen für Entlassung 43
Entwicklung der Items 43

IV. EINZELUNTERSUCHUNGEN UND ERGEBNISSE 44
A. Primäre Selektion
1 Erstaufnahmeklientel der Abteilung für Sozialpsychiatrie 44
2 Vorselektion durch anbietende Institutionen 49
3 Aufnahmeselektion durch die Abteilung 56
4 Nichtübernommene Patienten 62
5 Aufnahmen von Ausschlußindikationen 76
- Zur primären Selektion 80

Seite

B. Sekundäre Selektion
- Entlassungen aus der Abteilung 82
1 Entlassene Patientengruppen 86
2 Sekundäre Selektion durch Entlassungen aus der Abteilung 91
3 Behandlungsbeendigung durch Patientenentscheidung 95
4 Sekundäre Selektion durch Überweisung 99
5 Sekundäre Selektion bei drohendem Behandlungsabbruch 102
- Zur sekundären Selektion 105

V. KRITISCHE ZUSAMMENFASSUNG 107

VI. ANHANG 117

VII. TABELLARISCHER ANHANG 127

VIII. LITERATURVERZEICHNIS 202

EINLEITUNG

Mit der Kritik am psychiatrischen Versorgungssystem in der Bundesrepublik und Berlin wurde im Rahmen der sogenannten Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung (29) die Forderung nach Gemeindenähe und Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung gestellt.

Danach soll ein geographisch abgegrenztes und größenordnungsmäßig definiertes Standardversorgungsgebiet (Sektor) - z. B. ein Kreis, eine Stadt oder ein Stadtbezirk - die Grundlage für ein möglichst umfassendes bedarfsgerechtes und kooperierendes Versorgungssystem bilden. Ein solches System sollte dem Anspruch gerecht werden, allen psychiatrischen Patienten des Sektors ein geeignetes Behandlungsangebot machen zu können, um so einer Ausgrenzung und Selektion vorzubeugen.

Die vorliegende Arbeit versucht an einem Beispiel zu klären, wieweit sich der Anspruch der unselektierten Versorgung einer Sektorklientel in der Praxis verwirklichen läßt. Der Fragestellung wird anhand des Versorgungssystems der Abteilung für Sozialpsychiatrie (im folgenden auch AFS genannt) der Freien Universität Berlin nachgegangen, die modellhaft eine solche unselektierte Versorgung von Bürgern des Westberliner Bezirks Charlottenburg auf dem Gebiet teilstationärer, ambulanter und komplementärer Dienste intendiert.

Mit der Untersuchung soll zunächst anhand der Aufnahmen bzw. Nichtaufnahmen von angebotenen Patienten überprüft werden, inwieweit die Abteilung für Sozialpsychiatrie diesem Anspruch gerecht wird oder ob sich bei den Aufnahmen durch die Abteilung eine primäre Selektion von Patienten feststellen läßt und wenn ja, in welchem Umfang das der Fall ist. Der Abteilung mit ihren Therapieangeboten im ambulanten, teilstationären und komplementären Bereich werden die meisten Patienten allerdings von anderen, stationär arbeitenden psychiatrischen Institutionen zur weiteren Behandlung angeboten. Da dieses Angebot nicht oder kaum gesteuert werden kann, beinhaltet dies eine Vorselektion durch die die Patienten anbietenden Institutionen. Der

Untersuchung der Selektion durch die Abteilung selbst sind damit Grenzen gesetzt.

Eine mögliche Selektion von Patienten durch die Abteilung für Sozialpsychiatrie könnte aber nicht nur beim Aufnahmeverfahren erfolgen, sondern auch durch die Entlassungen aus der Abteilung stattfinden. Der zweite Teil dieser Arbeit befaßt sich deshalb mit der Frage, ob eine solche "sekundäre" Selektion durch spezifische Entlassungsvorgänge nachgewiesen werden kann.

In der gesichteten Literatur fand sich eine größere Anzahl von Erfahrungsberichten über Versuche einer Sektorversorgung. Diese haben jedoch den speziellen Aspekt von Selektionsmechanismen in teilstationären, ambulanten oder komplementären Diensten kaum oder überhaupt nicht beachtet, so daß Vergleiche nicht möglich waren und die Arbeit mit ihrer Fragestellung damit - zumindest im Rahmen empirischer Untersuchungen - Neuland betritt.

I. ANALYSE DER VERSORGUNG

A. Allgemeine augenblickliche Situation

Seit Vorlage der "Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD" (29) liegen auf der Basis gründlicher Forschung Daten über die stationäre Versorgung vor. Die aus dem Jahre 1973 stammenden Zahlen haben sich in den letzten 10 Jahren nicht wesentlich verändert. Lediglich im Rahmen der Bettenreduzierung ist eine Verringerung in diesem Bereich zu vermuten. 130 meist außerhalb der Ballungsgebiete gelegene psychiatrische Fachkrankenhäuser versorgen jeweils einen größeren Einzugsbereich. Sie stellten 1973 (Stichtag 30.5.) 98.757 Betten zur Verfügung. Es wurden zu diesem Zeitpunkt 94.197 Patienten gezählt. Dabei handelte es sich zu etwa 60 % um Langzeitpatienten. Dies bedeutet eine durchschnittliche Bettenzahl von 760 in meist veralteten, aus der Jahrhundertwende stammenden Häusern. Ein Drittel von ihnen verfügt über mehr als 1.000 Betten.

Fast 60 % der Patienten verweilten länger als zwei Jahre und mehr als 30 % gar länger als 10 Jahre in psychiatrischen Krankenhäusern. Je größer das Krankenhaus, um so höher ist die Anzahl der Betten je Arzt. Fachkrankenhäuser mit mehr als 1.000 Betten lassen einen Arzt 66 Patienten versorgen, während in Häusern bis zu 100 Betten nur 27 Patienten von einem Arzt betreut werden.

Über den Bereich der Heime und Rehabilitationseinrichtungen in der BRD liegen uns keine umfassenden aktuellen Zahlen vor. Es ist jedoch zu vermuten, daß mit der Reduzierung der Betten in den Großkrankenhäusern die Zahl der Heimpatienten erheblich gestiegen ist. Damit verschiebt sich das Problem der Hospitalisierung lediglich in einen anderen Bereich.

Während zum Zeitpunkt der Erhebungen für die Enquete kaum Tageskliniken aufgebaut waren, arbeiteten im Juni 1982 nach eigenen Recherchen in der BRD etwa 60 Tageskliniken, und etwa 10 solcher Einrichtungen waren im Aufbau. Wenn man für sie etwa 20 Plätze ansetzt, so

ist auch heute noch ihr Anteil an der allgemeinen Versorgung zu vernachlässigen. Aus kassenrechtlichen Gründen konnten bisher lediglich Hochschulinstitutionen ambulante Dienste durchführen. Hinzu kommt eine nicht genau bekannte Anzahl von sogenannten "Grauen Ambulanzen" einiger psychiatrischer Krankenhäuser. Die Zahl der praktizierenden, zum großen Teil auch neurologisch arbeitenden Nervenärzte gibt SCHULTE-TOELLE (52) 1975 mit 1.100 an.

Die Situation in Berlin

In Berlin versorgen 14 Krankenhäuser für Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie stationär behandlungsbedürftige Patienten. Es stehen insgesamt 14.221 Betten zur Verfügung (Stichtag 31.12.1980). Auch hier ist es inzwischen zu Bettenreduzierungen gekommen. Die Versorgung der meisten Stadtbezirke haben drei peripher gelegene psychiatrische Großkliniken nach historisch gewachsenen Aufteilungen übernommen. In zwei Bezirken haben psychiatrische Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses die Vollversorgung begonnen. Das Krankenhaus Am Urban verfügt über 102 psychiatrische Betten. Das städtische Krankenhaus Moabit bemüht sich ebenfalls um eine Vollversorgung, jedoch aufgrund beschränkter Kapazitäten in Absprache mit der vorher bezirklich zuständigen Nervenklinik Spandau.

Im ambulanten Bereich arbeiten neben verschiedenen universitären Institutionen mit meist spezialisiertem Angebot ca. 120 niedergelassene Nervenärzte und 225 Psychotherapeuten in Berlin-West.

Der Bezirk Charlottenburg

Charlottenburg ist ein typischer Stadtbezirk mit 153.602 (Stichtag 31.12.1980) Einwohnern. Allerdings ist hier auch der Bevölkerungsverlust der höchste der sieben Westberliner Bezirke. Der Ausländeranteil betrug zu diesem Zeitpunkt 14,2 % (Westberlin 11,7 %).

Für die stationäre psychiatrische Versorgung des Bezirkes stehen in der Nervenklinik Spandau fünf Stationen (82 Behandlungsplätze für psychisch Akutkranke und 77 Plätze für Chronischkranke) zur Verfügung. Diese Klinik liegt jedoch am äußersten Rand des nördlich an Charlottenburg grenzenden Bezirks. Die anderen psychiatrischen Institutionen arbeiten im stationären Bereich nicht sektorbezogen. Die private Schloßpark-Klinik bietet 136 stationäre Behandlungsplätze für neurologische und psychiatrische Patienten an. 18 Ganztagsbetten hat die DRK-Klinik Phönix für Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektiven Psychosen. Elf Frauen- und sechs Männerbetten bietet die "Psychotherapeutische Abteilung für Studenten" für Patienten mit psychoneurotischen und psychosomatischen Störungen an. Stationäre Akutbehandlung aller psychischen Erkrankungen leistet die Psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin mit einem Anteil von ca. 20 % ihrer 108 Betten. Ebenfalls im Bezirk liegt die Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin.

Über teilstationäre Einrichtungen in ihrem therapeutischen Angebot verfügen in Charlottenburg die Abteilungen für Sozialpsychiatrie und für Gerontopsychiatrie der Freien Universität Berlin sowie die DRK-Klinik Phönix. Mit 25 Tagesklinikplätzen arbeiten die Klinik Phönix und mit maximal 20 Tagesklinikplätzen die Sozialpsychiatrische Abteilung, die außerdem mehrere Wohngemeinschaften und eine arbeitstherapeutische Werkstatt anbietet. Die Gerontopsychiatrische Abteilung stellt ihrer Klientel 10 Plätze in einer Tagesklinik zur Verfügung. Das DRK bietet mit der Klinik Phönix ca. 25 Nachtklinikbetten, die Abteilung für Sozialpsychiatrie 12 Betten für vorwiegend aus dem Charlottenburger Sektor stammende Patienten.

Bei der ambulanten Betreuung psychisch Kranker wirken neben den ca. 20 im Bereich niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten sowie vielen angrenzenden Praxen fünf psychiatrische Abteilungen mit: Ambulanz und Patientenclub der Abteilung für Sozialpsychiatrie (sektorbezogen), Ambulanz und Beratungsstelle der Psychotherapeutischen Abteilung für Studenten, die Psychiatrische Poliklinik mit Katamnese, die Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die

Gerontopsychiatrische Poliklinik/Beratungsstelle, die alle zur Freien Universität gehören. Wie auch in anderen Bezirken Westberlins übernimmt der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes mit Ärzten und Sozialarbeitern die Betreuung in der Vor- und Nachsorge, leistet Aufgaben nach dem Unterbringungsgesetz bzw. seit Juni 1985 nach dem Gesetz für Psychisch Kranke, beantragt Pfleg- und Vormundschaften und ist schließlich gutachterlich tätig.

Als Spezialinstrument der Vorsorgearbeit betreut die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle in der Abteilung Gesundheitswesen des Bezirks die entsprechende Charlottenburger Klientel. Weitere ambulante Institutionen sind die Landesstelle gegen die Suchtgefahren, die Telefonseelsorge, der Verein zur Beratung Drogenabhängiger und die Psychologisch-psychotherapeutische Beratungsstelle im Studentenwerk Berlin. Einzel- und Gruppentherapien bietet das "Center für Psychotherapie" (Gesellschaft für soziale Psychotherapie und Beratung, GSPT, gemeinnütziger Verein e. V.) einem ausgewählten Patientenkreis.

B. Allgemeine Bestrebungen zur Verbesserung der Versorgung

Die Enquete sieht Standard-Versorgungsgebiete mit etwa 150.000 Einwohnern vor, deren Betreuungsangebote BOSCH in einer Graphik dargestellt hat (4) (Abb. 1). Damit können erwachsene psychisch Kranke umfassend betreut werden. Notwendig sind ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen, halbstationäre, stationäre, komplementäre und rehabilitative Dienste und Dienste für Behinderte (Abb. 2). Lediglich für die Bereiche Suchtkranke, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie sind Spezialinstrumente vorgesehen.

In einer Aufnahme- bzw. Vorschaltambulanz werden Diagnose und Indikation für die Weiterleitung in klinische Stationen, halbstationäre oder ambulante Bereiche erarbeitet. Eine Vernetzung aller zur Verfügung stehenden Angebote (Abb. 1) ermöglicht dann eine stufenlose Rehabilitation bzw. auch komplikationslose Rückverlegungen unter Vermeidung von Doppelbehandlungen.

VERSORGUNGSINSTRUMENTE

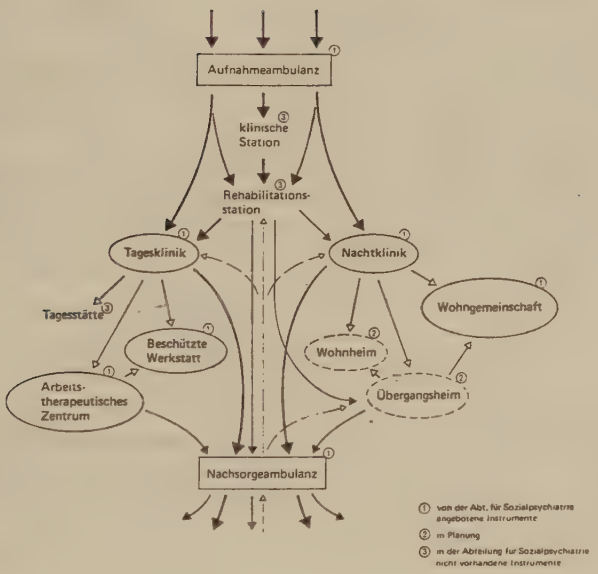

Abb. 1 variiert nach: (4)

In psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sichern die verschiedenen Trägerorganisationen die kontinuierliche Koordination und vereinheitlichen die Planung der Arbeit entsprechend den lokalen Gegebenheiten. Diese differieren naturgemäß, z. B. zwischen städtischen Ballungsgebieten und eher bäuerlich-ländlichen Gegenden.

Berliner Bestrebungen

Trotz der besonderen Lage Westberlins gelten die gleichen Planungsgrundlagen wie in anderen Ballungsgebieten der BRD. Selbstverständlich bedürfen die speziellen Probleme wie die Altersstruktur, der Ausländeranteil, hohe Suizidzahlen und das fehlende Umland bei der Bedarfsplanung der Berücksichtigung.
Dennoch bietet sich die bezirkliche Einteilung der Stadt geradezu an, gemeindenahe Versorgung - wie im Arbeiterbezirk Kreuzberg kürzlich begonnen - zu verwirklichen. Jedoch werden nicht in allen zwölf Bezirken stationäre Einrichtungen für erforderlich gehalten (35). Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften leisten hier wesentliche Planungsarbeit, die für die Stadt noch nicht endgültig abgeschlossen ist. Die Entwicklung der Abteilung für Sozialpsychiatrie, die von der Bundesregierung geförderten Modellprogramme in Kreuzberg und im mittelständischen Bezirk Steglitz sowie Planungen zur Neufestlegung von Sektoren für die psychiatrischen Großkrankenhäuser zeigen zunehmend Ansätze in Richtung des in der Enquete geforderten Standardversorgungssystems.

Bestrebungen in Charlottenburg

Eine Arbeitsgruppe schlägt in der Beantwortung eines Fragebogens des Senators für Gesundheit, Familie und Soziales vom Dezember 1980 folgende Alternativen zum geschilderten gegenwärtigen Zustand vor:

1. Vollversorgung durch die Abteilung für Klinische Psychiatrie (108 Betten) unter Einbeziehung der Abteilungen für Sozialpsychiatrie und Gerontopsychiatrie und der DRK-Klinik Phönix. Dies würde eine

Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch-psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

Allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen:

Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung, Sozialarbeit

Beratungsstellen

praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

psychosoziale Kontaktstellen

Fachärzte anderer Disziplinen

Ambulante Dienste

niedergelassene Nervenärzte

niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten

Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern

niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)

Ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen	*Halbstationäre Dienste*	*Stationäre Dienste*	*Komplementäre Dienste*	*Spezielle rehabilitative Dienste*	*Dienste für Behinderte*
ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungszentren	Tageskliniken und Nachtkliniken	psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	Übergangsheime	Werkstätten für Behinderte	Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung
psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken	Tageskliniken und Nachtkliniken für besondere Patientengruppen	psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern	Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen	Beschützende Arbeitsplätze	Sonderkindergärten
Fachambulanzen		gerontopsychiatrische Abteilung	Beschützende Wohngruppen und Wohnungen		Sonderschulen
		Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen	Familienpflege		Sonderklassen
			Tagesstätten		Wohnangebote
			Patientenclubs		Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten
			Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte		

KOORDINATION — Psychosozialer Ausschuß · Kooperation der Träger · Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft — PLANUNG

Abb. 2 aus: (29)

Aufstockung um 50 Betten erfordern, wenn man von einem Bedarf von 1 %o ausgeht.

2. Vollversorgung durch das für eine Schließung vorgesehene "Paulinen-Krankenhaus" im Zentrum des Bezirks, das mit 170 Betten die zuständige Abteilung I der Nervenklinik Spandau aufnehmen könnte.

3. Vollversorgung durch das Krankenhaus Wilmersdorf, örtlicher Bereich Sophie-Charlotten-Straße (Max-Bürger-Haus), das mit 600 Betten ebenfalls im Bezirk liegt, überwiegend geriatrische Patienten versorgt und eine Neurologisch-Psychiatrische Abteilung besitzt.

4. Vollversorgung durch die I. Psychiatrische Abteilung der Nervenklinik Spandau. Dies würde eine eigenständige Arbeitsweise ohne Berücksichtigung der Belange der restlichen Großklinik erfordern. Ein solcher Vorschlag entspricht dem Status quo und könnte durch Einzelmaßnahmen wie Vernetzung mit extramuralen Angeboten im Bezirk effektiviert werden.

In allen nach Reihenfolge der Bevorzugung geordneten Vorschlägen sind die Spezialbehandlungen in entsprechenden Institutionen vorgesehen. Sie zeigen mit ihren unterschiedlichen, hier nicht näher beschriebenen Problemfeldern, daß die gemeindenahe Versorgung ohne tiefgreifende finanzielle Belastungen in diesem Bereich denkbar ist. Planungsdaten für den Bereich Charlottenburg haben LEHMKUHL und andere 1980 in ausführlicher Form vorgelegt (42).

In bescheidenem Rahmen hat die Abteilung für Sozialpsychiatrie seit 1974 versucht - allerdings bisher noch ohne eigene stationäre Versorgung -, die Schlußfolgerungen der Sachverständigenkommission umzusetzen und bezüglich ihrer Effektivität zu untersuchen. In Abbildung 2 sind die bereits vorhandenen Einrichtungen kenntlich gemacht, wobei die arbeitstherapeutische Werkstatt der Abteilung für einen Teil der Patienten auch die Funktion beschützter Arbeit hat und die Nachtklinik Elemente eines Heimcharakters besitzt. Die Abteilung für Sozialpsychiatrie wird im folgenden Kapitel detailliert beschrieben.

II. DARSTELLUNG DER ABTEILUNG

A. Allgemeines

Die Abteilung für Sozialpsychiatrie (AFS) ist eine soziotherapeutisch-rehabilitative Modellinstitution, deren Konzept es ist, modellhaft den Kern eines nicht bettenzentrierten, den Anforderungen einer humanisierten Psychiatrie entsprechenden rationellen und bedarfsgerechten sektorisierten Standardversorgungssystems für erwachsene psychisch Kranke und Behinderte zu entwickeln und wissenschaftlich zu überprüfen. Im folgenden werden Konzeption, Setting, Patientenauswahl, das konkret zur Verfügung stehende Instrumentarium und die Verfahrensweisen an den Nahtstellen von Zugang und Abgang in die Abteilung dargestellt.

Konzeption und Arbeitsstil

Ausgehend von einem Standard-Versorgungsgebiet, wie Charlottenburg es mit ca. 165.000 Einwohnern darstellt, versucht die Abteilung den Forderungen der Enquete nachzukommen, die folgendes Angebot vorsieht: Beratungsdienst, ambulante, stationäre, halbstationäre, komplementäre und rehabilitative Dienste. Im Gegensatz zur verbreiteten Anschauung, hier versuche man, mit wenigen, prognostisch günstigen Patienten, ein für die Normalversorgung illusionäres Therapieprogramm aufzubauen, entwickelte die Abteilung modellhaft in quantitativ bescheidenem Rahmen mit den weiter unten näher beschriebenen Bausteinen ein System von Behandlungs- und Nachsorgediensten im teilstationären, ambulanten und komplementären Bereich. Der Aufbau der noch fehlenden Bettenstation innerhalb eines solchen Systems ist im Sinne verkürzter vollstationärer Behandlung in einer derartigen therapeutischen Kette dringend erforderlich.

"Sozialpsychiatrische Therapie richtet sich auf Wiedererlangung der Fähigkeit der sozialen Integration." (12, S. 118). Zur Erfüllung dieses Anspruchs scheint eine andere als die bisher praktizierte

kustodiale Arbeitsweise notwendig zu sein. In einem offenen System mit einem realitätsnahen therapeutischen Setting wird zunächst eine Binnenstruktur der Abteilung vermieden, wie sie langfristig Erkrankte aus ihren Hospitalisierungserfahrungen kennen (Stationshierarchisierung, verzerrte Alltagssimulation im Rahmen einer Station, Tauschhandelsystem usw.). Es sind hier nicht die Elemente des Trainings im einzelnen zu erläutern. Der Alltagssimulator bleibt jedoch der Alltag selber.

Rein vollstationäre Abteilungen verfügen bis zu dem Sprung in die Entlassung nur über eine kleine Klaviatur der Alltagssimulation. In einem System unterschiedlicher Dienste geht der Patient schrittweise seiner selbständigen Alltagsbewältigung entgegen - von vollstationärer Versorgung über halbstationäre Dienste, rehabilitative Einrichtungen bis zur ambulanten Versorgung. Die Abteilung verfügt bereits über eine Reihe von Instrumenten aus dem Bereich ambulanter, teilstationärer, komplementärer und rehabilitativer Dienste. So sollen variable und stufenlose Behandlungsmöglichkeiten angeboten und Doppelbehandlungen vermieden werden.

Ein transparenter Arbeitsstil gewährleistet die Erfüllung solcher Forderungen, indem ein Bezugstherapeutensystem besteht, bei welchem jedem Patienten - unabhängig davon, in welcher Teilinstitution er sich gerade befindet - zwei nicht wechselnde Betreuer (in der Regel ein Arzt und ein Sozialarbeiter) zugeordnet bleiben. Die betonte Teamstruktur der Arbeit erweitert außerdem den Blick der einzelnen Therapeuten (Arzt, Psychologe, Schwester/Pfleger, Beschäftigungstherapeut(in)) über den eigenen Arbeitsbereich hinaus und ermöglicht in der Rückkoppelung die Standortbestimmung der ihm zugeordneten Patienten.

Patienten

Es gelten für die Aufnahme keine besonderen Indikationen, weil die Abteilung sich nicht als Spezialinstrument, sondern als ein vielseitiges therapeutisches Angebot versteht. Aus Gründen der geforderten

Gemeindenähe werden Patienten mit Wohnsitz außerhalb Charlottenburgs nicht aufgenommen, wobei der tatsächliche Lebensmittelpunkt und nicht der melderechtliche das ausschlaggebende Kriterium ist. Außerdem gibt es zur klaren Abgrenzung gegenüber der notwendigen Behandlung in Spezialabteilungen einige definierte Ausschlußindikationen:

1. Patienten unter 18 und über 60 Jahre.

2. Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige sowie alle anderen Suchtkranken.

3. Patienten mit den Diagnosen Schwachsinn und Epilepsie, organische oder symptomatische Psychose.

B. Entwicklung der Abteilung

Die Abteilung für Sozialpsychiatrie wurde 1974 gegründet, um dem sozialen Aspekt psychiatrischer Forschung und Krankenversorgung neben dem Schwerpunkt "biologische Psychiatrie" dieser wissenschaftlichen Einheit der Universität einen Raum zu geben.

Diese inzwischen zweitgrößte Abteilung der gesamten wissenschaftlichen Einrichtung begann im Januar 1974 ihre Arbeit in einer Villa aus dem ehemaligen Reichsbesitz mit Garten auf einem Eckgrundstück mit dem Angebot einer Ambulanz. Verkehrsgünstig gelegen, kann die Abteilung von der nächsten U-Bahnstation bzw. von verschiedenen Busstationen in fünf Minuten zu Fuß erreicht werden. Etwa ebensoweit ist sie von den Einrichtungen der Klinischen Psychiatrie der FU entfernt.

Parallel zu dem Aufbau der ambulanten Arbeit und Kontakten zum Sozialpsychiatrischen Dienst, der nervenklinischen stationären Abteilung als dem zuständigen Großkrankenhaus und der im Bezirk gelegenen Schloßpark-Klinik mit psychiatrischer Station sowie anderen Einrichtungen begann der Betrieb einer Halbtagesklinik, die Einzelgesprä-

che, Gruppentherapie und Beschäftigungstherapie zur Verfügung stellen konnte.

Tagesklinik

Das halbtagesklinische Intermezzo fand am 10.2.75 mit dem Beginn des vollständigen Tagesklinikbetriebes ein Ende. Die Abteilung konnte damit bereits ein systematisches Raster soziotherapeutischer Modalitäten anbieten und ausbauen. Mit maximal 20 Patienten wird seither ein strukturiertes Programm (Abb. 3) von 8.30 Uhr bis 17.00 Uhr angeboten, das die Patienten in der Regel vollständig "durchhalten" sollen. In der täglichen Gruppenvisite werden aktuelle Probleme des Alltags, aber auch Medikationsfragen, das Bedürfnis nach Einzelgesprächen, notwendige körperliche Untersuchungen u. a. erörtert. Gleichzeitig kann sich der Arzt ein Bild vom psychischen Status praesens machen. Nach Gruppengymnastik und Frühstückspause setzt dann ein zweistündiges AT- bzw. BT-Programm ein, je nach therapeutischer Zielsetzung. Nach Kriterien von Verbalisierungsfähigkeit, lebenspraktischer Notwendigkeit und psychischem Zustand werden die Tagesklinikpatienten nachmittags einer Gesprächs- bzw. lebenspraktischen Kleingruppe zugewiesen. Je einmal wöchentlich sind Sport bzw. Schwimmen, Musik- und Bewegungstherapie angesetzt. Ein Nachmittag bleibt einer Exkursion vorbehalten, deren Ziel bei der Vollversammlung abgestimmt wird. Dieser sonst programmfreie Nachmittag dient dem therapeutischen Team zur Organisationsbesprechung, die die täglichen Teamtreffen - während der Frühstückspause der Patienten - ergänzt und grundsätzliche Erörterungen ermöglicht.

Gemeinsam interessierende Fragen, Anregungen, Beschwerden, Einteilung notwendiger Dienste sowie die erwähnte Exkursion sind Gegenstand der Vollversammlung zum Wochenschluß. Gelegenheit zum informell-kommunikativen Gespräch gibt es auch beim gemeinsamen täglichen Abschlußtee.

Abstinenz von der psychopharmakologischen Behandlung wurde hier nie ernsthaft diskutiert. Die halbstationäre Behandlung bietet im Gegen-

Abb. 3

Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

WOCHENPROGRAMM DER TAGESKLINIK

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.30 - 8.50	Gruppenvisite	Gruppenvisite	Gruppenvisite	Gruppenvisite	Gruppenvisite
8.50 - 9.00	Gruppengymnastik	Gruppengymnastik	Gruppengymnastik	Gruppengymnastik	Gruppengymnastik
9.00 - 10.00	Frühstückspause	Frühstückspause	Frühstückspause	Frühstückspause	Frühstückspause
10.00 - 12.30	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie
12.30 - 13.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00 - 14.00	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
14.00 - 14.50	Therapeutisches Rollenspiel (Soziodrama)	Kleingruppen: 1. Gesprächsgr. 2. lebenspr. Gr.	Exkursion	Kleingruppen: 1. Gesprächsgr. 2. lebenspr. Gr.	Großgruppe: Vollversammlung (Patienten und Mitarbeiter)
14.50 - 15.00	Pause	Pause		Pause	
15.00 - 16.30	Therapeutischer Gruppensport	Musik- Arbeits-therapie therapie		Beweg.- Arbeits-therapie therapie	
16.30 - 17.00	Abschlußtee	Abschlußtee		Abschlußtee	

teil die Möglichkeit, in akuten Fällen auch notwendige höhere Dosen von Neuroleptika zu verordnen als das im ambulanten Bereich möglich ist. Dabei vermindert die Einnahmekontrollmöglichkeit die Probleme mangelhafter Compliance. Zudem ist die klinische Beobachtung während des Tages gewährleistet.

Ambulanz

Die Ambulanz hat sich überwiegend als Nachsorgeambulanz für Patienten aus dem teilstationären Bereich entwickelt. Nur wenige Patienten nutzen die Ambulanz als erste Anlaufstelle. Weithin akzeptiert ist die Tatsache, daß diese Einrichtung nicht als Konkurrenz zum niedergelassenen Nervenarzt zu verstehen ist. Die Ambulanzzeiten berücksichtigen die gewünschte Berufstätigkeit. Es werden Gesprächstermine vereinbart, aktuelle Kurzgespräche geführt, kurzfristige Therapieziele kontrolliert und neuroleptische (Depot-)Medikation verabreicht. Auch diagnostische Maßnahmen werden hier eingeleitet und organisiert. Das Instrument der von hier aus koordinierten extramuralen Krisenintervention vermittelt dem Patienten Schutz vor sich selbst und soll klinische Einweisungen verhindern oder zumindest stabile Intervalle verlängern helfen.

Patientenclub

Im Frühjahr 1974 konstituierte sich ein Patientenclub, der von Mitarbeitern und Patienten gemeinsam gestaltet wurde und wird. Er dient der Kommunikation der Patienten untereinander, gibt die Möglichkeit zu losem Kontakt zur Abteilung und wird von den Mitarbeitern zur Kontaktaufnahme für verbindlichere Behandlungsziele genutzt.

Das Bedürfnis, über den Club hinaus weniger institutionalisierte Kontakte auch für "entlassene Patienten" herzustellen, führte zu der Einrichtung eines "Ambulanztees", der von je zwei Therapeuten mitgetragen wird. Weitere unverbindliche Kommunikationsangebote, wie das Sommerfest, lassen zum Teil auch entlassenen Patienten den Kontakt

offen, fördern den Austausch und bilden ein Gegengewicht zur sonst eher fordernden Atmosphäre der Abteilung, die jedoch gleichwohl auf eine Eigenaktivität der Patienten nicht verzichtet.

Nachtklinik

Nach einer längeren Planungsphase entstand in einem Altbau auf dem Gelände der Klinischen Psychiatrie der Freien Universität die Nachtklinik mit 12 Betten. In der Literatur wird in letzter Zeit darauf verwiesen, daß diese Einrichtungen sich selbst austrocknen, weil arbeitsfähige Patienten auch zumeist allein wohnfähig seien. Auch in der Abteilung für Sozialpsychiatrie zeigte sich der Trend, daß sich die Nachtklinik auf Dauer zu einer Art Übergangswohnheim entwickelt, zumal inzwischen ein Teil der Patienten gleichzeitig in der außerhalb liegenden therapeutischen Werkstatt beschäftigt ist.

Arbeitstherapeutische Werkstatt

Im Rahmen des Tagesklinikprogrammes ist eine den Grunderfordernissen der modernen Arbeitswelt gerecht werdende Rehabilitation nur sehr schwer erreichbar. Die Einrichtung einer Werkstatt mit Druckerei war also nur folgerichtig und bei der Eröffnung 1978 eigentlich schon überfällig.

Die Werkstatt besteht aus einer auf 12 bis 15 Patienten zugeschnittenen Offset-Druckerei, die eine den stark schwankenden Arbeitsleistungen psychisch kranker Mitarbeiter angepaßte, unterschiedlich differenzierte Palette von Arbeitsgängen als Möglichkeit des berufsunspezifischen Arbeitstrainings unter der Leitung eines Reproduktionsfotografen und eines Sozialarbeiters anbietet. Bei 29 1/2 Stunden Wochenarbeitszeit mit differenziertem Stundenlohn von 1,-- bis 3,50 DM sieht der Mitarbeiter in arbeitsteiliger Struktur, aber bis zum Endprodukt überschaubar, in verschiedenen Arbeitsbereichen seine Über- bzw. Unterforderungsgrenzen, seine Kontaktstörungen und bekommt eine realistischere Selbsteinschätzung, weil das vom Förder-

verein Platane 19 e. V. mitgetragene Unternehmen mit Auftragssuche, Preisgestaltung und Zwang zur Konkurrenzfähigkeit marktwirtschaftlich orientiert ist.

Die Werkstatt befindet sich einige Fußminuten von der Abteilung für Sozialpsychiatrie entfernt.

Mitarbeiter

Folgende Berufsgruppen waren 1980 als Mitarbeiter tätig:
Ärzte/Psychologen (5,86 im Jahresdurchschnitt)
Medizinstudenten im Praktischen Jahr (0,6)
Sozialarbeiter (3,0)
Sozialarbeiterpraktikanten (1,3)
Beschäftigungstherapeuten/Arbeitstherapeuten (2,3)
Beschäftigungs- bzw. arbeitstherapeutische Praktikanten (0,5)
Werkstattmitarbeiter (2,0)
Praktikanten in der Werkstatt (0,92)
Schwestern/Pfleger (5,75)

Damit beschäftigte die Abteilung im Jahre 1980 durchschnittlich 22,3 Mitarbeiter.

C. Aufnahmeverfahren

Für das Verständnis der Selektion sind einige Erläuterungen zum Aufnahmeverfahren notwendig. Da der Großteil der vorher stationär behandelten Patienten aus der für den Bezirk Charlottenburg zuständigen Nervenklinik Spandau kommt, besteht dorthin der engste Kontakt. Zwei erfahrene Mitarbeiter besuchen wöchentlich die regional zuständigen Aufnahme- und Therapiestationen zur ersten und weiteren Kontaktaufnahme. Bei jedem Erstkontakt - mit dem Therapeuten der Institution oder dem Patienten persönlich - wird ein Aufnahmebogen (s. Anhang) angelegt, der dann kontinuierlich fortgeführt wird.

Nach einem oder mehreren Gesprächen wird vor der Aufnahmeentscheidung in der Regel in der Abteilung ein "Erstgespräch" geführt, an dem meist zwei Therapeuten teilnehmen, die dem Team mit einem Votum zur Übernahme berichten. Die Entscheidung wird dann in der täglichen Teambesprechung getroffen.

Kontakte bestehen auch zu anderen Institutionen, wie der Neurologisch-Psychiatrischen Abteilung der Wissenschaftlichen Einheit oder der Schloßpark-Klinik. Ebenso ist es möglich, daß Erstkontakte über den Patienten selbst, Angehörige, den Sozialpsychiatrischen Dienst, niedergelassene Ärzte oder andere Institutionen zustande kommen.

Entlassungsverfahren

Zwischen 1974 und 1980 wurden in der AFS 413 Patienten behandelt. In dieser Zeit kam es zu 255 Entlassungen nach Erstaufnahme und 26 Entlassungen nach Wiederaufnahme. Zwar wird, vor allem für chronisch-psychotische Patienten, eine lebenslange Betreuung angestrebt, bei manchen Patienten liegen aber positive Entlassungsgründe vor wie Überweisungen in ein Heim, in die Gerontopsychiatrische Abteilung oder therapeutische Indikationen (z. B. keine Förderungsmöglichkeit durch die Abteilung, beispielsweise bei Notwendigkeit gezielter spezieller wie tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie), Wegzug, Tod und andere Gründe, die bei der Beschreibung der Motivationsvariablen näher ausgeführt werden (s. S. 43). Patienten werden auch dann entlassen, wenn sie trotz entsprechender Aufforderungen (Briefe oder Telefonate) mehrere Monate keinen Kontakt zur Abteilung mehr aufgenommen haben.

Wiederaufnahmen

Grundsätzlich kann jeder entlassene Patient erneut zur Behandlung aufgenommen werden. Es wird dann ein zweiter Aufnahmebogen angelegt. Aus methodischen Gründen werden diese Wiederaufnahmen - 51 im Untersuchungszeitraum - in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt.

Ebenso kommt es vor, daß Patienten in einem ersten Aufnahmeverfahren nicht übernommen wurden, später aber doch in die Behandlung kamen. Solche Aufnahmen gehen ebenfalls nicht in die Untersuchung ein, da bei ihnen jeweils nur das erste Aufnahmeverfahren als "Nicht-Aufnahme" berücksichtigt wurde (vgl. S. 44).

III. UNTERSUCHUNGSMETHODE

Setting der Gesamtuntersuchung

In einem ersten Schritt wurde der Frage nachgegangen, ob und inwieweit das Patientenangebot durch vorbehandelnde Institutionen an die AFS bereits einer Vorselektion unterlag oder ob dieses Patientenangebot eine repräsentative Stichprobe aus der stationären Charlottenburger psychiatrischen Population darstellte. Falls sich Hinweise für eine Vorselektion ergeben, ist die Frage von Bedeutung, ob die AFS durch ihr Aufnahmeverhalten einer solchen Vorselektion entgegensteuert.

In einem zweiten Schritt wurde untersucht, ob und inwieweit eine Selektion durch die AFS selbst stattfand. Hierzu wurden die aufgenommenen Patienten den nicht aufgenommenen Patienten gegenübergestellt. Die nicht aufgenommenen Patienten wurden in drei Gruppen (1. von der AFS abgelehnte, 2. Patienten, die selbst eine Behandlung ablehnten und 3. solche, die aus dem Aufnahmeverfahren aus anderen Gründen ausschieden) näher untersucht. In einer Zusatzuntersuchung wurde nach der Art von Patienten gefragt, die trotz Ausschlußindikationen aufgenommen wurden, obwohl sie eigentlich hätten abgelehnt werden müssen.

In einem dritten Schritt schließlich wurde der Frage nach der sekundären Selektion anhand von Entlassungen nach erfolgter Aufnahme und Behandlung nachgegangen.

Hypothesen

Voraussetzung für die sektorisierte Versorgung einer psychisch kranken erwachsenen Klientel war die Zuweisung von Patienten durch die vorhandenen, meist stationären Einrichtungen in der Aufbauphase der Abteilung für Sozialpsychiatrie. Zudem reichte die Anzahl der Be-

handlungsplätze der Einrichtung nicht für eine wirkliche Vollversorgung.

Unter diesen Bedingungen war anzunehmen, daß die anbietenden Institutionen bereits eine deutliche Vorselektion trafen. Aus der praktischen Arbeit der Abteilung in den Jahren 1974 bis 1980 ist bekannt, daß überwiegend psychose-kranke Patienten behandelt wurden. Dabei wird es sich im wesentlichen um Patienten gehandelt haben, denen die Vorbehandler eine die Möglichkeiten des niedergelassenen Nervenarztes übersteigende Nachsorge zukommen lassen wollten. Eine erste Hypothese lautet deshalb: Der AFS werden die Patienten des Bezirkes nicht unselektiert angeboten und können so auch nicht ihre Klientel bilden. Es findet eine Vorselektion statt.

Ihrem eigenen Anspruch genügend wäre es die Aufgabe der AFS gewesen, dieser Vorselektion entgegenzusteuern und eigene Akzente zu setzen. Einer soliden Entwicklung könnten jedoch mehrere Hindernisse entgegengestanden haben. Wegen der Abhängigkeit von überweisenden Institutionen mußten Zugeständnisse bei der Auswahl gemacht werden. Hinzu kamen der Belegungsdruck der Universität wie die Demonstration der Berechtigung und Notwendigkeit der Abteilung im historisch gewachsenen Versorgungssystem, die zu einer möglichst schnell zu erreichenden hohen Belegung gezwungen haben könnte.

Daneben könnten auch der schrittweise Aufbau einzelner Teilinstitutionen (z. B. Werkstatt, Nachtklinik) die Akzentuierung bestimmter Konzeptanteile und die Art des Aufnahmeverfahrens die Verwirklichung des Anspruchs beeinflußt haben. Daraus ergibt sich eine zweite Hypothese: Die AFS selektiert die angebotenen Patienten über die Ausschlußindikationen hinaus nach folgenden Kriterien:
1. Diagnosen. Der Vorselektion kann nur nuanciert entgegengewirkt werden. Es werden hauptsächlich psychose-kranke Patienten aufgenommen, denen man mit den Mitteln der Abteilung ein sinnvolles Angebot machen zu können glaubte.

2. Wohn- und Arbeitssituation. Das Therapiekonzept bevorzugt sozialpsychiatrische Methoden, die die Arbeitsrehabilitation in den Vor-

dergrund stellen und die Fähigkeit zum selbständigen Wohnen fördern. Damit müßte eine Aufnahme gerade von Patienten erfolgen, bei welchen Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich und erfolgversprechend sind.

3. Art des Aufnahmeverfahrens. Die wenig standardisierte Zusammenarbeit zwischen Patient, Vorbehandler und Abteilungsmitarbeiter kann für die Übernahmeentscheidung wichtig sein. Es könnte sich zeigen, daß eine selektive Wirkung in der Art und Weise der Modalitäten des Aufnahmeverfahrens liegt.

Nicht nur die Anbieter und die AFS, sondern auch die Patienten sind am Aufnahmeprozeß beteiligt. Deshalb wurden die nicht übernommenen Patienten in drei Gruppen eingeteilt: 1. von der AFS abgelehnte Patienten, 2. Patienten, die nicht behandelt werden wollten und 3. solche Patienten, die aus dem Aufnahmeverfahren aus anderen Gründen ausgeschieden sind. Eine dritte Hypothese lautet demnach: Diese Gruppen lassen sich tatsächlich inhaltlich voneinander unterscheiden.

Wenn sich selektive Mechanismen bereits für die Aufnahmephase zeigen lassen, müßten sich diese wahrscheinlich bei kurzfristigen Entlassungen aus einem auf lebenslange Betreuung ausgerichteten System wiederfinden lassen. Entsprechend wurden auch die entlassenen Patienten in drei Gruppen eingeteilt: 1. von der AFS entlassene Patienten, 2. Patienten, die nicht weiterbehandelt werden wollten und 3. solche Patienten, die aus der Behandlung aus anderen Gründen ausgeschieden sind. Auch diese drei Gruppen von entlassenen Patienten müßten sich inhaltlich voneinander unterscheiden und sich mit den verschiedenen Gruppen nicht übernommener Patienten parallelisieren lassen. So ergibt sich als vierte Hypothese: Auch frühzeitige Entlassungen sind weniger ein Ergebnis erfolgreich abgeschlossener Behandlung, sondern ebenfalls Ausdruck einer Selektion.

A. Charlottenburger Querschnittsuntersuchung (Fremduntersuchung)

Quelle

Zur Frage, ob und inwieweit das Angebot von Patienten an die AFS durch anbietende Institutionen eine repräsentative Stichprobe der Population Charlottenburger Patienten darstellt, wurde auf die der Untersuchung von LEHMKUHL (42) zugrundeliegenden und im Rechner der Klinik gespeicherten Daten zurückgegriffen. LEHMKUHL hatte in seiner Untersuchung alle Patientenaufnahmen in psychiatrische Kliniken im Jahre 1971 erfaßt. Für die vorliegende Untersuchung wurden nur die Patienten im Alter zwischen 18 und 60 Jahren mit psychiatrischen Diagnosen berücksichtigt. Patienten mit Ausschlußdiagnosen (s. S. 19) wurden nicht berücksichtigt. Die EDV-verschlüsselten Daten wurden von LEHMKUHL (42) zur Verfügung gestellt.

Die Aussagefähigkeit dieser Untersuchung wird dadurch, daß den Patientenaufnahmen von 1971 Patienten von 1974 bis 1980 gegenübergestellt werden, nur bedingt eingeschränkt, da sich die Zusammensetzung der psychiatrischen Klientel selbst qualitativ nicht verändert hat.

Variablen

Aufgrund unterschiedlicher Datenerfassung erwies sich nur ein Teil der Variablen aus der Untersuchung von 1971 mit den von der Abteilung erhobenen als völlig kompatibel und damit vergleichbar. Für diese in Tabelle A 1 aufgeführten Variablen gelten die im folgenden Kapitel gegebenen Erläuterungen.

B. Angebot an die Abteilung in den Jahren 1974 bis 1980

Das Angebot an die Abteilung in den Jahren 1974 bis 1980 besteht aus 683 Patienten, für die zum ersten Mal ein Aufnahmeverfahren eingeleitet wurde. Bei einigen Patienten wurde mehrmals ein Aufnahmeverfahren durchgeführt, so daß insgesamt 814 Aufnahmeverfahren von 1974 bis 1980 stattgefunden haben. In den folgenden Untersuchungen werden jeweils nur die ersten Aufnahmeverfahren berücksichtigt.

Von den 683 Patienten wurden 380 in die Abteilung aufgenommen und 303 nicht aufgenommen. Von den 303 nicht übernommenen Patienten wurden 133 von der Abteilung abgelehnt, 67 Patienten lehnten eine Behandlung von sich aus ab, 101 Patienten schieden aus dem Aufnahmeverfahren aus. (Bei zwei Patienten fehlte der Eintrag im Aufnahmebogen.)

Quellen

Aufnahmebogen (s. Anhang)

Die insgesamt vorhandenen Daten wurden während des Untersuchungszeitraums in einem bis zur vorliegenden Fassung mehrfach verbesserten Aufnahmebogen von den Autoren gesammelt und zusammengefaßt.

Der Aufnahmebogen dient zur Dokumentation des Aufnahmeverfahrens. Er wird bis zur Entscheidung über eine Übernahme des Patienten in der Abteilung geführt. Die verschiedenen Daten werden teils durch die Information durch die anbietenden Institutionen, teils durch die Angaben des Patienten erhoben. Ein Muster des Aufnahmebogens befindet sich im Anhang.

Im einzelnen erfaßt der Aufnahmebogen folgende Daten:

Seite 1:

Grunddaten

Bestehend aus Alter, Geschlecht, Familienstand, Anschrift und Staatsangehörigkeit.

Kontakte

Alle Kontakte mit oder über den Patienten werden mit Datum festgehalten. Die Überweisungsinstanz wird genannt. Bei der Art des Kontaktes ist anzukreuzen, ob der Kontakt außerhalb oder in der Abteilung oder telefonisch stattfand. Schriftliche Kontakte werden ebenfalls, mit dem Zusatz "Brief" versehen, hier eingetragen. Zusätzlich werden die an den Kontakten beteiligten Personen dokumentiert. Bei den beteiligten Mitarbeitern der Abteilung wird die Berufsgruppe genannt. Für die Kontaktpersonen stehen die drei Kategorien Therapeut (der vorbehandelnden Institution des Patienten), Angehörige oder Bezugspersonen und Patient selbst zur Verfügung. Auf der dritten Seite des Bogens können handschriftliche Einträge zu den einzelnen Kontakten notiert werden.

Vorgeschichte

Bei Patienten, die sich zu Beginn des Aufnahmeverfahrens in stationärer Behandlung befinden, wird die Dauer (in Wochen) des stationären Aufenthaltes in bezug auf den ersten Kontakt eingetragen. Zusätzlich wird für in stationärer Behandlung befindliche Patienten der dortige Einweisungsmodus (freiwillig oder nicht) erfragt. Weiter wird bei der Vorgeschichte des Patienten die Anzahl der stationären Vorbehandlungen bis zum Aufnahmeverfahren genannt. Bezüglich der ambulanten Vorbehandlung sowie der sozialen Vorbetreuung wird erfaßt, ob und von wem diese erfolgte.

Sozialdaten

Die berufliche Entwicklung des Patienten wird einerseits durch die höchste Ausbildungsstufe bzw. durch die höchste erreichte Tätigkeit und andererseits durch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit beschrieben. Diese letzte Tätigkeit wird unabhängig davon benannt, wie lange sie bereits zurückliegt. Weiter wird angekreuzt, ob der Patient zur Zeit des Aufnahmeverfahrens arbeitet oder nicht und ob er noch einen Arbeitsplatz hat oder ob er Hausfrau ist.

Bei einer Hausfrau wird die Frage, ob sie arbeitet, dann positiv entschieden, wenn sie die üblichen Hausarbeiten erledigen und bewäl-

tigen kann. Zusätzlich wird noch die Unterhaltsquelle sowie die Wohnsituation beschrieben.

Seite 2:
Aus klinisch-praktischen Gründen wird hier die Medikation angegeben sowie Daten der Vorgeschichte und die aktuelle Situation des Patienten in einer Zusammenfassung beschrieben.

Diagnosen
Die Diagnose der Überweisungsinstanz wird entweder nach den mündlichen Angaben des vorbehandelnden Therapeuten eingetragen oder, falls vorhanden, vom Arztbrief übernommen. Mit Hilfe der diagnostischen Angaben der Überweisungsinstanz sowie der eventuellen Exploration des Patienten durch die Mitarbeiter der Abteilung wird eine vorläufige eigene Diagnose erstellt.

Endgültige Entscheidung
Bei Patienten, für die aus stationärer Behandlung heraus ein Aufnahmeverfahren eingeleitet wird, wird dieser Modus unter der Kategorie Zugang vermerkt, und zusätzlich wird die stationäre Behandlungsdauer (in Wochen) bis zur endgültigen Entscheidung angegeben. Das Ergebnis der endgültigen Entscheidung wird bei Aufnahme des Patienten durch die Angabe der Teilinstitution, in die der Patient aufgenommen wird, festgehalten. Bei Nichtaufnahme des Patienten wird angegeben, ob er von der Abteilung "abgelehnt" wird, ob er selbst eine Aufnahme ablehnt ("Patient will nicht") oder ob er aus sonstigen Gründen aus dem Aufnahmeverfahren "ausgeschieden" ist.
Die getroffene Entscheidung wird inhaltlich noch näher in einer kurzen "Begründung" erläutert. Für die vorliegende Arbeit waren dabei die Gründe für eine Nichtübernahme des Patienten im Hinblick auf die Frage nach der Selektion von besonderem Interesse. Zur Bearbeitung der freien Begründungen wurden standardisierte Items gebildet, deren Entwicklung in Kapitel III D näher beschrieben wird.

Patientenkarte (s. Anhang)

Für jeden in die Abteilung aufgenommenen Patienten wird eine Patientenkarte angelegt. Ein Muster befindet sich im Anhang. Die Vorderseite dient während der Behandlung des Patienten als schnelle Zugriffsmöglichkeit in bezug auf Daten wie Adresse, Geburtsdatum, Krankenkasse, zuständiger Therapeut. Auf der Rückseite wird die Behandlungsdauer des Patienten in den einzelnen Teilinstitutionen dokumentiert. Zusätzlich wird jedesmal angegeben, aus welcher Teilinstitution der Patient vorher kam und in welche er anschließend wechselt.

Behandlungsdauer

Aus Aufnahme- und Entlassungsdatum der Patientenkarte wurde für diese Arbeit die Behandlungsdauer des Patienten in der Abteilung berechnet.

Entlassungsgründe

Bei der Entlassung eines Patienten aus der Abteilung wird auf der Patientenkarte eine Entlassungsdiagnose gestellt sowie eine ausführliche Begründung für die Entlassung aus der Abteilung gegeben. Aus diesen inhaltlichen Begründungen wurden analog zum Aufnahmebogen ebenfalls standardisierte Items entwickelt (s. Kap. III D, S. 43).

C. Variablen der Untersuchung

Die für die Untersuchung verwendeten, an den Quellen angegebenen Vordaten sind aus den Tabellen des Tabellarischen Anhangs (A 1 - B 5) ersichtlich. Sie wurden folgendermaßen gebildet:

Grunddaten

Für die Einzeluntersuchungen dieser Arbeit wurden die folgenden Grunddaten zusammengestellt: Das Alter wurde jeweils als Mittelwert in Jahren angegeben und das Geschlecht genannt. Beim Familienstand

wurde die Anzahl der ledigen und die der verheirateten Patienten angegeben und die getrennt lebenden, die geschiedenen und die verwitweten Patienten zu einer Gruppe zusammengefaßt. Die Variable Wohnbezirk erfaßt einerseits alle Charlottenburger, wobei hier die Patienten ohne Wohnung ebenfalls als Charlottenburger betrachtet wurden und andererseits alle Nichtcharlottenburger, also Patienten, die im übrigen Berlin oder in Westdeutschland wohnten. Bei der Staatsangehörigkeit wurde die deutsche von den anderen unterschieden.

Soziale Vorgeschichte

Schichtzugehörigkeit

Für die Schichtzugehörigkeit wurde lediglich die Berufsangabe aus dem Aufnahmebogen, die entweder die höchste Ausbildungsstufe oder die höchste erreichte Tätigkeit im Leben des Patienten enthält, einem Vierschichtenmodell zugeordnet. Grundsätzlich wurden Ausbildungen sowie der zugehörige Beruf analog gewertet. Zur Unterschicht wurden Volksschüler, an- und ungelernte Arbeiter und Angestellte in sehr einfacher Tätigkeit, zur unteren Mittelschicht Mittel- und Handelsschüler, Lehrlinge, Fach- und Vorarbeiter, Handwerker, Beamte oder Angestellte in bescheidener Position sowie Gewerbetreibende zusammengefaßt. Ober- und Fachschüler sowie Angestellte, Beamte oder selbständige Berufe in mittlerer Position wurden der oberen Mittelschicht, Abiturienten und Studenten, Berufe, die ein Hochschulstudium zur Voraussetzung haben, freie Berufe, Angestellte und Beamte in gehobenen Positionen der Oberschicht zugeordnet. Es wurde ein Schichtenmodell gebildet, das in der Regel an der höchsten erreichten beruflichen Position und sonst an der höchsten Ausbildungsstufe gemessen wurde.

Berufliche Entwicklung

Mit der Angabe der höchsten erreichten beruflichen Position (bzw. Ausbildungsstufe) und der letzten Tätigkeit im Aufnahmebogen wurden einerseits Patienten, die einen erlernten Beruf hatten bzw. früher einer Tätigkeit nachgegangen waren und auch solche, die sich in einer Ausbildung befanden und andererseits die Patienten, die keinen

erlernten Beruf und nie gearbeitet hatten und sich auch nicht in einer Ausbildung befanden, in zwei Gruppen zusammengefaßt.

Niveau der letzten Tätigkeit typisch für

Die letzte Tätigkeit des Patienten wurde dem oben beschriebenen Vierschichtenmodell analog zugeordnet. Frührentner und Hausfrauen wurden bei dieser Variablen nicht berücksichtigt. In der Regel wurde das Niveau an der letzten beruflichen Position und sonst wieder an der letzten Ausbildungsstufe gemessen.

Formaler Niveauvergleich

Die Schichtzugehörigkeit und damit das höchste Ausbildungs- und Tätigkeitsniveau und das Niveau der letzten Tätigkeit wurden miteinander verglichen. Dabei wurde jede Veränderung in Richtung auf eine sozial niedrigere Schicht als Niveauverlust gewertet. Dieser Niveauvergleich wurde rein formal anhand der EDV-gespeicherten Daten durchgeführt.

Einschätzung des beruflichen und sozialen Abstiegs

Zusätzlich zu der formalen Berechnung wurden die Angaben über den Beruf (höchste Ausbildungsstufe bzw. höchste erreichte Tätigkeit) und die letzte Tätigkeit von den Autoren der Arbeit auf einen beruflichen und sozialen Abstieg (bzw. kein Abstieg) hin miteinander verglichen und subjektiv eingeschätzt. Dabei ergab sich bei den verschiedenen Verfahren eine hohe Übereinstimmung.

Sozialstatus zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens

Arbeitsplatz

Hier wurde danach unterschieden, ob ein Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz vorhanden war oder nicht (entspricht in den Tabellen "ohne") oder ob der Patient Hausfrau war.

Arbeitssituation

Unterschieden wurde, ob der Patient arbeitete bzw. seiner Ausbildung aktiv nachging oder nicht. Hausfrauen wurden in dieser Variable

ebenfalls berücksichtigt. Die Frage, ob eine Hausfrau arbeitete, wurde danach beurteilt, ob sie ihre sonst üblichen Tätigkeiten im Haushalt erledigen konnte oder nicht.

Unterhalt

Die Angaben des Aufnahmebogens über den Unterhalt wurden zu folgenden Gruppen zusammengefaßt: Einkommen aus Arbeit entspricht einem Arbeitseinkommen, Krankengeld oder Ausbildungshilfe. Patienten, die Rente, Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung bezogen, bilden ebenfalls eine Gruppe. Alle anderen Einnahmequellen (z. B. Ersparnisse, Vermögen, Unterhalt durch den Partner oder andere Angehörige oder durch Fremde) wurden zu sonstigen Einkünften zusammengefaßt.

Wohnsituation

Die Wohnsituation wurde mit zwei Variablen erfaßt. Einmal wurde das Wohnen allein dem gemeinsamen mit anderen, z. B. mit dem Partner oder sonstigen Angehörigen, mit Freunden oder in einer beschützten Wohnsituation gegenübergestellt. Patienten ohne Wohnung wurden zusätzlich erfaßt.

Anamnestische Daten

Ambulante Vorbehandlung

Hier wurde die psychiatrische Vorbehandlung (durch den Nervenarzt, den Sozialpsychiatrischen Dienst oder durch psychiatrische Institutionen) von der durch praktische und sonstige Ärzte sowie von keiner ambulanten Vorbehandlung abgegrenzt.

Soziale Vorbetreuung

Sie wurde mit zwei Variablen wiedergegeben. In der ersten wurde nur das Vorhandensein einer sozialen Vorbetreuung mit ja oder nein erfaßt. In der zweiten wurde das Vorhandensein noch weiter danach differenziert, ob es sich um eine Vorbetreuung durch psychiatrische Institutionen (Sozialpsychiatrischer Dienst und andere psychiatrische Institutionen) oder durch sonstige Institutionen handelte.

Stationäre Vorbehandlung

Bei der Wiedergabe der Anzahl der stationären Vorbehandlungen wurde bei hospitalisierten Patienten der Aufenthalt, währenddessen das Aufnahmeverfahren stattfand, mitgezählt. Ebenso wurden halbstationäre Vorbehandlungen mit berücksichtigt. Es wurden zwei Variablen entwickelt, eine weniger differenzierte mit der Unterschiedung keine, eine bzw. mindestens eine sowie mehr als eine stationäre Vorbehandlung und eine differenziertere mit der Unterscheidung keine, eine, zwei, drei bis fünf und mehr als fünf stationäre Vorbehandlungen (Bei dieser differenzierteren Unterscheidung wurden eventuelle Angaben des Aufnahmebogens über "mindestens einen" und "mehr als einen" stationären Voraufenthalt nicht berücksichtigt.).

Einweisungsmodus bei stationärem Voraufenthalt

Die Unterscheidung, ob der Einweisungsmodus freiwillig oder nicht war, bezieht sich nur auf den stationären Voraufenthalt, aus dem heraus ein Aufnahmeverfahren stattfand.

Diagnostische Daten

Diagnose

Für die Einzeluntersuchungen wurde die ICD-verschlüsselte vorläufige eigene Diagnose des Aufnahmebogens zugrunde gelegt. Diese Diagnosen wurden zu Diagnosengruppen unterschiedlichen Differenzierungsgrades in drei Variablen zusammengefaßt (Tab. 1):

DIAGNOSE
Schizophrenie nicht Schizophrenie
DIAGNOSE
Schizophrenie andere Psychosen Neurosen sonstige
DIAGNOSE
Schizophrenia simplex/hebephrene Form (295.0/295.1) paranoide Form (295.3) schizophrene Rest- und Defektzustände (295.6) sonstige Schizophrenien affektive Psychosen sonstige Psychosen Neurosen sonstige

Tabelle 1

Chronizität

Als Maß für die Chronizität des Patienten bzw. für eine Zuordnung zu sicher chronisch oder nicht sicher chronisch wurden folgende Kriterien zugrunde gelegt: Als sicher chronisch wurden Patienten betrachtet, die entweder die Diagnose "schizophrener Rest- und Defektzustand" hatten oder die bis zur endgültigen Entscheidung des Aufnahmeverfahrens ununterbrochen länger als ein Jahr in der Klinik waren oder die vor der endgültigen Entscheidung länger als ein halbes Jahr in stationärer Behandlung waren und mehr als einen Klinikaufenthalt hatten. Es handelt sich aufgrund fehlender sonstiger Angaben (z. B. Krankheitsbeginn) um eine Minimalschätzung.

Aufnahmeverfahren

Überweisungsinstanz

Die verschiedenen Überweisungsinstanzen, die im Aufnahmebogen genannt werden, wurden folgendermaßen zusammengefaßt: Die Nervenklinik Spandau, die Klinische Psychiatrie der Freien Universität Berlin, die Schloßpark-Klinik sowie andere psychiatrische Krankenhäuser und Heime wurden unter der Kategorie Psychiatrische Klinik, Psychiatrisches Heim subsumiert. Fach- und praktische Ärzte, der Sozialpsychiatrische Dienst und sonstige Überweisungsinstanzen wurden ebenfalls zusammengefaßt. Patienten, die sich selbst meldeten sowie Angehörige und Bezugspersonen bilden eine dritte Gruppe.

Zugang in die Abteilung

Hier wurde danach unterschieden, ob die Patienten aus psychiatrisch-stationärer bzw. nicht aus stationärer Behandlung in die Abteilung für Sozialpsychiatrie übernommen bzw. nicht übernommen wurden.

Extramurale Vorkontakte, schriftliche Kontakte, telefonische Kontakte, Kontakte mit vorbehandelnden Therapeuten, Kontakte mit Angehörigen und Bezugspersonen, Kontakte mit Patienten, persönlicher Kontakt mit dem Patienten in der Abteilung

Bei diesen Variablen wurde jeweils die Anzahl der Kontakte folgendermaßen wiedergegeben:

kein Kontakt
ein Kontakt
mehr als ein Kontakt

Bei den schriftlichen Kontakten wurde auf die Unterscheidung zwischen einem und mehr als einem Kontakt verzichtet, da die Zahl der Briefe insgesamt sehr gering war.

Persönliche Kontakte mit dem Patienten

Es wurde unterschieden, ob ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten stattgefunden hat (ja) oder nicht (nein), unabhängig davon, ob der Kontakt in der Abteilung oder außerhalb war.

Erster persönlicher Kontakt mit dem Patienten beim 1., 2., 3. bis n-ten Kontakt

Hier wurde erfaßt, wie früh oder spät in der Reihenfolge der Kontakte es zu einem ersten persönlichen Kontakt kam.

Extramurale persönliche Kontakte mit dem Patienten

Es wurde unterschieden, ob ein extramuraler persönlicher Kontakt mit dem Patienten außerhalb der Abteilung stattgefunden hatte (ja) oder nicht (nein).

Aufnahmeinterview in Abteilung

Es wurde unterschieden, ob ein oder mehrere Aufnahmeinterviews in der Abteilung stattgefunden hatten (ja) oder nicht (nein).

Kontakte nach erstem persönlichem Kontakt mit dem Patienten

Unabhängig von der Art des Kontaktes wurde differenziert, ob nach dem ersten persönlichen Kontakt mit dem Patienten nur noch ein oder mehr als ein Kontakt gefolgt war.

Mitarbeiter pro Kontakt

Die durchschnittlich beteiligte Anzahl von Mitarbeitern der Abteilung pro Kontakt wurde wie folgt zusammengefaßt:

- waren durchschnittlich 1,0 bis 1,25 Mitarbeiter pro Kontakt beteiligt, wurden die Patienten mit dieser Mitarbeiterbeteiligung zu:

überwiegend ein Mitarbeiter (1,0 bis 1,25),

- bei

wechselnd ein oder zwei Mitarbeiter (1,26 bis 1,75),

- und bei

überwiegend zwei Mitarbeitern (1,76 bis 2,0)

jeweils einer Gruppe zusammengefaßt.

Akademiker pro Kontakt und
sonstige Mitarbeiter pro Kontakt

Bei diesen beiden Variablen wurden Patienten, bei denen durchschnittlich selten (0 - 0,5) Akademiker (bzw. sonstige Mitarbeiter) pro Kontakt beteiligt waren, einer Gruppe von Patienten gegenübergestellt, bei der häufiger (0,5 - 2) Akademiker (bzw. sonstige Mitarbeiter) beteiligt waren.

Mitarbeiter vor dem ersten persönlichen Kontakt und
durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter nach dem ersten persönlichen Kontakt

Patienten mit nur ausschließlich einem Mitarbeiter pro Kontakt vor bzw. nach dem ersten persönlichen Kontakt wurden jeweils Patienten mit zumindest gelegentlich mehr als einem Mitarbeiter gegenübergestellt.

Zeitverlauf des Aufnahmeverfahrens

Zur Darstellung des Zeitverlaufes des Aufnahmeverfahrens wurden folgende Zeiten berücksichtigt:

- stationäre Behandlungsdauer bis zum ersten Kontakt (bei Zugang aus stationärer Behandlung)
- stationäre Behandlungsdauer bis zur endgültigen Entscheidung (bei Zugang aus stationärer Behandlung)
- Dauer vom ersten bis zum letzten Kontakt vor der endgültigen Entscheidung
- Dauer vom ersten Kontakt bis zur endgültigen Entscheidung
- Anzahl der Kontakte bis zur endgültigen Entscheidung (Mittelwert)

D. Motivationsvariablen für Nichtaufnahme und Motivationsvariablen für Entlassung

Aus den freien Begründungen des Aufnahmebogens für eine Nichtaufnahme des Patienten in die Abteilung und aus den freien Begründungen der Patientenkarte für eine Entlassung aus der Abteilung bei aufgenommenen Patienten wurden Items gebildet, die jeweils in vier Gruppen geordnet und bezüglich Nichtaufnahme und Entlassung parallelisiert wurden. Die genaue Wiedergabe der Items findet sich im Anhang.

Entwicklung der Items

Ein Ärzte-Psychologen-Team (Mitarbeiter der Abteilung) sichtete zunächst die freien Begründungen der Aufnahmebögen und Patientenkarten und entwickelte die vorgenannten Items. In einem weiteren Schritt wurde ein intensives Rater-Training durchgeführt. Zunächst ordnete jeder Rater einzeln eine freie Begründung einem geeigneten Item zu. Anschließend wurden die Ergebnisse untereinander verglichen und - bei Unterschieden in der Zuordnung - diskutiert. Aufgrund dieses intensiven Trainings, an dem die beiden Referenten der vorliegenden Arbeit teilnahmen, wurden von diesen alle freien Begründungen den dargestellten Items zugeordnet.

IV. EINZELUNTERSUCHUNGEN UND ERGEBNISSE

A1 ERSTAUFNAHMEKLIENTEL DER ABTEILUNG FÜR SOZIALPSYCHIATRIE
(in den Jahren 1974 bis 1980)

UNTERSUCHUNGSBEREICH

Im folgenden soll zunächst die Erstaufnahmeklientel der AFS beschrieben werden.
Insgesamt wurden von den verschiedenen Überweisungsinstanzen der AFS 683 Patienten zur Behandlung angeboten. Davon wurden am Ende des ersten Aufnahmeverfahrens 380 (56 %) aufgenommen und 303 (44 %) zumindest zunächst nicht aufgenommen. In diesem Untersuchungsteil soll nur die von der AFS im Untersuchungszeitraum aufgenommene und behandelte Klientel näher beschrieben werden.
Es sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die hier beschriebenen 380 Patienten nicht die gesamte von der AFS behandelte Klientel darstellen. Bis einschließlich 1980 wurden von der Abteilung insgesamt 413 Patienten behandelt. Die Differenz kommt dadurch zustande, daß 33 Patienten erst beim zweiten oder wiederholten Aufnahmeverfahren aufgenommen wurden und im hier untersuchten ersten Verfahren damit eigentlich unter die Nichtaufgenommenen fielen. Da es sich jedoch auch bezüglich der Frage nach Entlassungstendenzen bei diesen Patienten wegen der Vorgänge bei der Aufnahme um eine spezifische Gruppe handelte, wurden diese 33 Patienten aus Gründen methodischer Sauberkeit in der gesamten Untersuchung nicht berücksichtigt (vgl. S. 25).

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. A 1 im Tabellarischen Anhang)

Grunddaten

Die aufgenommenen Patienten hatten einen Altersmittelwert von 31,4 Jahren. Jeweils fast genau die Hälfte waren Männer bzw. Frauen. Fast zwei Drittel waren ledig, annähernd ein Fünftel war verheiratet und rund ein Fünftel getrennt, geschieden oder verwitwet. Entsprechend dem Anspruch einer sektorisierten Versorgung waren die allermeisten (81 %) aufgenommenen Patienten Charlottenburger Bürger. Damit verbleibt ein beachtlicher Anteil von Patienten aus anderen Berliner Bezirken, die damit unter die Ausschlußindikation fielen und eigentlich von der AFS hätten abgelehnt werden müssen. Der Ausländeranteil war mit knapp 6 % relativ gering.

Soziale Vorgeschichte

42 % der aufgenommenen Patienten gehörten der unteren Mittelschicht an, über ein Viertel der Oberschicht. Die Schichtzugehörigkeit wurde bei einem guten Drittel an der höchsten Ausbildungsstufe und bei fast zwei Drittel an der höchsten erreichten Position gemessen. Bezüglich der beruflichen Entwicklung zeigte sich, daß die allermeisten Patienten einen erlernten Beruf hatten bzw. früher einer Tätigkeit nachgegangen waren oder sich in Ausbildung befanden. Beim Niveau der letzten Tätigkeit ist im Vergleich zum höchsten erreichten Ausbildungs- und Tätigkeitsniveau eine deutliche Tendenz zum Absinken erkennbar. Rund ein Drittel der Patienten hatte zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AFS einen beruflichen oder sozialen Abstieg durchgemacht.

Sozialstatus zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens

Jeweils knapp die Hälfte der Patienten hatte einen bzw. war ohne Arbeitsplatz, der Anteil von Hausfrauen war mit 8 % relativ gering. Die allermeisten Patienten (92 %) arbeiteten zum aktuellen Zeitpunkt

der Aufnahme jedoch nicht. Dem Anteil der noch vorhandenen Arbeitsplätze entsprechend bezog rund die Hälfte der Patienten ihr Einkommen aus der Arbeit, etwa ein Viertel lebte von Rente, Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung und knapp ein Viertel von sonstigen Einkünften. Etwas weniger als die Hälfte lebte allein und etwas mehr als die Hälfte wohnte gemeinsam mit anderen. Ein geringer Rest von 4 % war wohnungslos.

Anamnestische Daten

58 % der aufgenommenen Patienten war vor Eintritt in die AFS bereits ambulant psychiatrisch vorbehandelt worden. Ein nur geringer Anteil von 6 % war durch praktische und sonstige Ärzte behandelt worden und ein Drittel hatte keinerlei ambulante Vorbehandlung. Nur ein Drittel war sozial vorbetreut, ganz überwiegend durch psychiatrische Institutionen. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AFS hatten nur 5 % keinerlei stationäre Vorbehandlung, knapp ein Drittel der Patienten hatte einen bzw. mindestens einen und zwei Drittel mehr als einen stationären Voraufenthalt. Die weitere Differenzierung zeigt, daß jeweils ein Viertel eine, ein Viertel zwei und ein Viertel drei bis fünf stationäre Vorbehandlungen hatte. Ein Rest von 15 % hatte mehr als fünf stationäre Vorbehandlungen. Der Einweisungsmodus beim stationären Voraufenthalt war bei etwas mehr als der Hälfte der Patienten freiwillig und bei knapp der Hälfte nicht freiwillig.

Diagnostische Daten

Mit rund zwei Drittel prägten Patienten mit der Diagnose Schizophrenie die Erstaufnahmeklientel. Besonders groß, nämlich ein Drittel aller Patienten, war der Anteil mit der paranoid-halluzinatorischen Form. Das restliche Drittel verteilte sich zu je 8 % auf Patienten mit affektiven und sonstigen Psychosen und zu 18 % auf Patienten mit Neurosen. 11 Patienten (3 %) wurden trotz ihrer sonstigen Diagnose, die einer Ausschlußindikation entspricht, aufgenommen. Nur 10 % al-

ler Patienten konnten im Sinne der beschriebenen Minimalschätzung als ausgesprochen chronisch krank betrachtet werden.

Aufnahmeverfahren

Rund drei Viertel der aufgenommenen Patienten wurden aus psychiatrischen Kliniken bzw. Heimen, 15 % von Ärzten oder vom Sozialpsychiatrischen Dienst an die AFS überwiesen. Bei weniger als 10 % wandte sich der Patient selbst an die AFS oder wurde durch Angehörige oder Bezugspersonen vermittelt.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die Analyse der Abteilungsklientel führte zu folgenden Ergebnissen: Im Untersuchungszeitraum wurden am Ende des ersten Aufnahmeverfahrens 380 Patienten aufgenommen, die im Schnitt 31 Jahre alt und überwiegend ledig waren. Die AFS behandelte ebensoviele Männer wie Frauen. Erwartungsgemäß waren die meisten Patienten Charlottenburger Bürger, wobei der Ausländeranteil relativ gering blieb. Die untere Mittelschicht bildete die größte Gruppe der Erstaufnahmeklientel. Mit über einem Viertel gehörten aber auch viele der Oberschicht an. Obwohl fast die Hälfte der Patienten noch einen Arbeitsplatz hatte, aus dem sie ihr Einkommen bezogen, arbeiteten sie zum Zeitpunkt der Aufnahme in die AFS in aller Regel nicht. Ein Drittel der Patienten hatte einen beruflichen und sozialen Abstieg durchgemacht, und ein Viertel lebte von Rente, Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung. Entsprechend dem hohen Anteil lediger Patienten wohnte knapp die Hälfte allein. Vor Eintritt in die AFS hatten über zwei Drittel aller Patienten bereits mehr als einen stationären Klinikaufenthalt hinter sich, und über die Hälfte hatte eine andere ambulante psychiatrische Vorbehandlung erfahren. Typisch für die Erstaufnahmeklientel waren Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und ganz besonders Patienten mit deren paranoid-halluzinatorischer Form. Dagegen blieb der Anteil neurotisch erkrankter Patienten mit einem Fünftel relativ gering. Im Sinne der beschriebenen Minimalschätzung konnten

nur 10 % als sicher chronisch krank betrachtet werden. Der Hauptzustrom der Patienten erfolgte aus psychiatrischen Kliniken bzw. Heimen.

Zusammenfassend läßt sich die Erstaufnahmeklientel der AFS mit allein wohnenden, ledigen schizophrenen Patienten beschreiben, die bereits eine Klinikkarriere hinter sich hatten. Bei einem relativ großen Teil bestand mit einem vorhandenen Arbeitsplatz ein noch relativ sicheres soziales Gerüst, ein kleinerer Teil mußte dagegen bereits von Rente, Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld leben.

Die deskriptive Darstellung der Erstaufnahmeklientel erlaubt keine Aussage zur Frage der Selektion, zumal sich unter den in die AFS aufgenommenen Patienten auch noch solche mit zutreffender Ausschlußindikation (s. S. 19) befanden. Somit läßt sich sagen, daß diese Ausschlußindikationen keine absolute Schranke für eine Aufnahme in die AFS darstellten. Gründe hierfür mögen zum einen sein, daß insbesondere in der Aufbauphase der AFS ein gewisser Druck eine Rolle spielte, überhaupt Patienten zu bekommen, um vorhandene Behandlungsplätze zu belegen. Zum anderen könnten diese Patienten als besonders geeignet für eine Übernahme erschienen sein. In einem solchen Fall mag es den Mitarbeitern schwergefallen sein, einen Patienten aus formalen Gründen abzulehnen und diese formale Entscheidung gegenüber der Überweisungsinstanz zu vertreten. In einer gesonderten Untersuchung wird der Patientengruppe, die trotz Ausschlußindikationen aufgenommen wurde (s. Kap. A 5), nachgegangen.

A 2 VORSELEKTION DURCH ANBIETENDE INSTITUTIONEN

UNTERSUCHUNGSBEREICH

In diesem Kapitel werden zunächst die stationär behandelten Charlottenburger erwachsenen psychisch kranken Patienten beschrieben. LEHMKUHL (42) hat diese Population anhand der Aufnahmen von 1971 in Kliniken untersucht. Das Angebot stationär vorbehandelter Patienten für die AFS stammte aus einer zeitversetzten, aber qualitativ vergleichbaren Gruppe. Erst aus dieser zweiten von den vorbehandelnden Institutionen angebotenen Gruppe konnte die Entscheidung für eine Übernahme in die Abteilung fallen. Daraus ergab sich eine dritte Gruppe von in die AFS aufgenommenen, stationär vorbehandelten Patienten. Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit wurden bei dieser Untersuchung alle diejenigen Patienten nicht berücksichtigt, die unter die Ausschlußindikationen (s. S. 19) fielen. Die Reduktion der Items in Tabelle A 2 ergibt sich aus der Tatsache, daß nur direkt kompatible Merkmale aus der Untersuchung von LEHMKUHL solchen aus der vorliegenden Arbeit gegenübergestellt werden konnten.

Es können also drei Gruppen miteinander verglichen werden:
1. die Charlottenburger Aufnahmepopulation von 1971 (N = 378),
2. das Angebot an die Abteilung (1974 - 1980) (N = 340),
3. die Aufnahmen in die Abteilung aus dem Angebot (1974 - 1980) (N = 220).

Es läßt sich so zeigen, ob und wenn ja, welche Vorselektion die Anbieter trafen und ob diese eventuelle Vorselektion von der AFS akzeptiert wurde oder einer speziellen Vorauswahl entgegengesteuert wurde. Als methodische Bemerkung ist vorauszuschicken, daß es in der Bevölkerungsstatistik (10) und im Versorgungssystem in der Zeit zwischen der Untersuchung von LEHMKUHL 1971 und der Untersuchungsphase 1974 - 1980 keine wesentlichen Einbrüche gab, einem qualitativen Vergleich daher keine Hinderungsgründe entgegenstanden. Da die Patienten der AFS überwiegend aus Kliniken übernommen wurden und damit

der größte Teil ohnehin als stationär vorbehandelt gelten muß, bot sich dieser Vergleich an.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. A 2 im Tabellarischen Anhang)

Grunddaten

Die Charlottenburger stationär aufgenommenen Patienten waren zu 60 % Frauen. Angeboten wurden der Abteilung dagegen jeweils etwa die Hälfte Männer und Frauen. Dieser eindeutigen Akzentverschiebung konnte bei der Aufnahme aus der angebotenen Klientel in die Behandlung der AFS relativ wirksam entgegengesteuert werden. Auch im Familienstand zeigten sich Unterschiede. LEHMKUHL fand in seiner Untersuchung 40 % ledige, etwa ein Drittel verheiratete und ein Viertel getrennt, geschieden oder verwitwet lebende Patienten. Der AFS boten die vorbehandelnden Institutionen dagegen mit 60 % sehr viel mehr ledige Patienten und nur je 20 % verheiratete bzw. getrennte, geschiedene oder verwitwete Patienten an. Dieser klaren Vorselektion folgte die Abteilung in ihrem Aufnahmeverhalten. In der stationär behandelten Charlottenburger Population fanden sich im Verhältnis zur Bevölkerungsstatistik (10) mit knapp 4 % nur wenige Ausländer. Der AFS boten die vorbehandelnden Institutionen im Untersuchungszeitraum allerdings 7 % Ausländer an. Diese Verteilung spiegelt sich in der Aufnahme in die Abteilung wider.

Soziale Vorgeschichte

Bei diesen Daten war lediglich das Niveau der letzten Tätigkeit als Merkmal für die Schichtzugehörigkeit zwischen den Populationen kompatibel. Dabei fällt auf, daß der AFS im Verhältnis zu den stationär vorbehandelten Charlottenburger Patienten nur wenige mit relativ niedrigem Niveau der letzten Tätigkeit, jedoch recht viele aus qualifizierten Berufen angeboten wurden. Patienten, die bezüglich ihrer letzten Berufstätigkeit der Unterschicht bzw. der oberen Mittelschicht zugeordnet worden waren, sind in den beiden Populationen

etwa gleich stark vertreten. Zur Behandlung in die Abteilung wurden die Patienten dem Angebot entsprechend aufgenommen. Die Zahl der von den Vorbehandlern angebotenen Sozialhilfeempfänger war doppelt so hoch (17,3 %) wie bei der von LEHMKUHL untersuchten Population. Dieser Entwicklung steuerte die Abteilung tendenziell entgegen.

Anamnestische Daten

In diesem Bereich konnte lediglich der Einweisungsmodus beim stationären Voraufenthalt verglichen werden. Der größte Teil der Charlottenburger Patienten hatte sich 1971 freiwillig in die Klinik begeben. Dagegen war der stationäre Aufenthalt der der Abteilung angebotenen Patienten nur noch bei etwas mehr als der Hälfte freiwillig. Es zeigte sich eine geringe Tendenz der AFS, dem nicht zu folgen.

Diagnostische Daten

Tabelle 2 zeigt, daß die wesentlichen Selektionsentscheidungen bei den Anbietern lagen. Zwei Drittel aller Diagnosen der angebotenen Patienten waren Schizophrenien, obwohl diese Diagnose nur ein Viertel der stationären Charlottenburger Patienten ausmachte. Ebenso gravierend war die Vorselektion von Patienten mit neurotischen Erkrankungen. Über die Hälfte der Charlottenburger stationär behandelten Patienten hatten Neurosen, dagegen nur 15 % der zur Behandlung in der Abteilung angebotenen Patienten. Die schizophrenen Erkrankungen teilten sich in folgende Untergruppen:

ICD-Nr.	ChP	A	AA
295.0/295.1	3 %	2 %	1 %
295.3	7 %	33 %	40 %
295.6	6 %	11 %	9 %
sonstige Schizophrenien	8 %	22 %	20 %

295.0	Schizophrenia simplex
295.1	Hebephrenie
295.3	paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie
295.6	schizophrene Rest- und Defektzustände

ChP = Charlottenburger stationäre Patienten (1971)
A = Angebot an die Abteilung (1974 - 1980)
AA = Aufnahme aus dem Angebot (1974 - 1980)

Tabelle 2

Dabei sticht als gravierendster Unterschied die paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie in der Vorselektion durch die Anbieter heraus. Auffallend ist auch der Anstieg bei den sonstigen Schizophrenien. Umgekehrt wurden affektive Psychosen - in der Charlottenburger stationären Population noch 13 % - seltener vorgestellt, was durch die Abteilung nur geringfügig ausgeglichen wurde. Die Neurosen hatten in der Charlottenburger Population mit über der Hälfte aller betroffenen Patienten den mit Abstand höchsten Anteil, im Angebot waren weit weniger Patienten mit dieser Diagnose zu finden. Diese Tendenz wurde durch die Abteilung noch einmal verstärkt.

Nach den im Kapitel "Untersuchungsmethode" (s. S. 40) beschriebenen Kriterien für eine Chronizität konnte in allen Gruppen nur ein mit 9 - 16 % geringerer Anteil der Patienten als sicher chronisch eingestuft werden. Dabei stellte sich jedoch heraus, daß die Anbieter

überproportional mehr sicher chronische Patienten zur Behandlung in der AFS vorstellten, als es der Ausgangspopulation entsprach. Hier konnte die Abteilung nur wenig zur Korrektur beitragen.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die Ergebnisse des Vergleichs zwischen der Charlottenburger stationären Population (1971), dem Angebot an die Abteilung aus dem stationären Bereich und den Aufnahmen in die Abteilung aus diesem Angebot belegen, daß eine entscheidende Vorselektion stattfand. Alle untersuchten Variablen, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Arbeits- und Ausbildungssituation, Einweisungsmodalitäten sowie Diagnosen weisen zwischen der Charlottenburger stationären Population und dem Angebot an die Abteilung wesentliche Unterschiede auf.

Während in der Charlottenburger stationären Population die Frauen überwogen, boten die vorbehandelnden Institutionen der AFS relativ mehr Männer an. Dieser Tendenz wirkte die Abteilung in Richtung auf die ursprüngliche Verteilung entgegen. Zur Behandlungsübernahme wurden von den Vorbehandlern ferner ledige und nur selten verheiratete Patienten vorgeschlagen. Die Gefahr innerer und äußerer Vereinsamung wurde bei ledigen Patienten offenbar für gravierend gehalten und damit die Arbeit der AFS im Sinne nachgehender Fürsorge verstanden. Dem lag wohl die Hoffnung zugrunde, durch ein komplementäres Betreuungsangebot Rezidivintervalle zu verlängern. Dieser sozialpsychiatrische Aspekt möglichst seltener stationärer Wiederaufnahmen durch ständige ambulante oder teilstationäre Betreuung scheint von den anbietenden Therapeuten intendiert und bezüglich der Übernahmen von der Abteilung weitgehend angenommen worden zu sein.

Die deutliche Bevorzugung von Patienten mit relativ hohem Niveau ihrer letzten beruflichen Tätigkeit bzw. Ausbildung von Seiten der Vorbehandler und die weitgehende Akzeptanz durch die AFS könnte den Wunsch nach einem anschließenden Therapieangebot für vermutlich dif-

ferenziertere Patienten verdeutlichen. Die Weitervermittlung an die AFS mit vielleicht sogar verkürztem stationärem Aufenthalt bot den Patienten ein umfangreicheres komplementäres Angebot mit einer differenzierteren Nachsorge, als sie etwa ein niedergelassener Arzt leisten könnte. Nicht übersehen werden darf dabei auch die entlastende Funktion für den Therapeuten in der Klinik, der gerade solche Patienten in eine optimale Betreuung übergeben möchte.

Andererseits scheint auch das vermehrte Angebot an Sozialhilfeempfängern Ausdruck von Hilflosigkeit und des Mangels an anderen Möglichkeiten gegenüber schon so weit sozial abgestiegenen Patienten gewesen zu sein. Hinzu kam wohl auch die Befürchtung noch tieferen Absinkens in die völlige Verwahrlosung und Isolation.

Besonders auffällig war die massive Vorselektion schizophren erkrankter Patienten mit dem überproportionalen Anteil der paranoid-halluzinatorischen Form. Bei diesem Krankheitsbild wurde möglicherweise eine gute Erfolgsquote sozialpsychiatrischer Methoden vermutet. Im Gegensatz dazu scheint dies bei affektiven Psychosen weniger der Fall gewesen zu sein. Für neurotische Patienten - im Krankengut über die Hälfte - wurden von den Vorbehandlern offensichtlich eher andere, vermutlich tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsformen für angezeigt gehalten, so daß allenfalls nicht psychotherapiefähige Neurotiker angeboten und teilweise auch angenommen wurden. Insgesamt haben die Abteilungsmitarbeiter die diagnostische Vorselektion weitgehend übernommen, bezüglich der Schizophrenien und Neurosen sogar noch verstärkt und nur bei den affektiven Psychosen deutliche Korrekturen vorgenommen; die hier angebotenen Patienten wurden fast immer übernommen.

Fast die Hälfte der Patienten des Angebots war nicht freiwillig in die Behandlung der Vorinstitution gekommen, während dies in der Charlottenburger Population nur 19 % waren. Es ist bekannt, daß die meisten nach dem Unterbringungsgesetz stationär aufgenommenen Patienten Psychotiker sind. Gerade aus dieser Gruppe erfolgte aber das Angebot und auch die Übernahme in die Abteilung. Freiwillig in die Vorinstitution aufgenommene Patienten wurden von dieser vielleicht

eher für fähig gehalten, bei Verschlechterung des Zustands die Klinik selbständig wieder aufzusuchen. Untergebrachten Patienten unterstellte man diese Krankheitseinsicht offenbar weniger, sondern plante für sie eine engmaschigere nachgehende Betreuung zur Prophylaxe dramatischer Rezidivverläufe.

Das Ergebnis dieser Untersuchung, die Tatsache einer erheblichen und definierbaren Vorselektion läßt sich dahingehend zusammenfassen, daß die Abteilung als Spezialinstrument für ursprünglich häufig zwangseingewiesene, meist noch ledige und vereinsamte paranoid-halluzinatorische Psychotiker und eher differenziertere Patienten gesehen wurde. Diese Vorselektion prägte die Abteilungsentwicklung. Es wird deutlich, daß der Anspruch der Sektorversorgung in sehr weitgehender Abhängigkeit von Fremdinstitutionen gar nicht oder nur sehr schwer zu erfüllen war. Trotzdem bleibt festzustellen, daß - damals allerdings noch in Unkenntnis der von LEHMKUHL erhobenen Daten - dieser Entwicklung nicht ausreichend entgegengesteuert, sondern diese durch eigene Selektion teilweise sogar eher verstärkt wurde.

A 3 AUFNAHMESELEKTION DURCH DIE ABTEILUNG

UNTERSUCHUNGSBEREICH

Von allen 683 Patienten - also auch denjenigen, die nicht aus stationärer Vorbehandlung übernommen wurden -, die erstmalig zur Behandlung anstanden, hätten nach Abzug derjenigen, die unter die Ausschlußindikationen fielen (s. S. 19) 479 Patienten aufgenommen werden müssen. Tatsächlich wurden von diesen Patienten aber lediglich 303 (63 %) in die AFS aufgenommen und 176 (37 %) nicht übernommen. Durch Gegenüberstellung dieser beiden Gruppen wird untersucht, ob eine - und wenn ja, welche - Selektion stattfand, und inwieweit diese den Ansprüchen der Abteilung widerspricht.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. A 3 im Tabellarischen Anhang)

Grunddaten

Deutliche Unterschiede zwischen aufgenommenen und nicht aufgenommenen Patienten gibt es in den Grunddaten nur bei der Geschlechtsverteilung. 69 % der zur Behandlung angebotenen Frauen, aber nur 58 % der Männer wurden aufgenommen. Zusätzlich läßt sich aus der Tabelle A 3 eine leichte Bevorzugung getrennter, geschiedener und verwitweter Patienten entnehmen. Auch die wenigen angebotenen Ausländer hatten eine gute Aufnahmechance.

Soziale Vorgeschichte

Die Daten der sozialen Vorgeschichte weisen zwischen den beiden Gruppen keine statistisch signifikanten Ungleichheiten auf. Allerdings hatten Patienten mit steigender Schichtzugehörigkeit eine größere Chance zur Aufnahme. Obwohl sie als prognostische Indikatoren hätten gewertet werden können, waren die berufliche Entwicklung so-

wie ein sozialer und beruflicher Abstieg dabei offenbar insgesamt ohne Bedeutung für die Aufnahmeentscheidung. Beim Niveau der letzten Tätigkeit bedeutete die Zugehörigkeit zur oberen Mittelschicht einen Bonus für die Übernahmewahrscheinlichkeit.

Sozialstatus zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens

Gegenüber den vorangegangenen Merkmalsgruppen lassen sich bei den Arbeits-, Unterhalts- und Wohnsituationsdaten deutlich meßbare Divergenzen zwischen aufgenommenen und nicht aufgenommenen Patienten erheben.

Arbeitsplatz/Arbeitssituation

Die Chance zur Aufnahme erhöhte sich bei vorhandenem Arbeitsplatz deutlich, wenn man feststellt, daß drei Viertel aller Patienten, die eine Arbeitsstelle vorweisen konnten, übernommen wurden. Von den Patienten ohne Arbeitsplatz wurden immer noch 57 % übernommen. Unterdurchschnittlich war auch der Prozentsatz der aufgenommenen Hausfrauen mit 59 %; da etwa drei Viertel der Patienten aus stationärer Behandlung kamen, war der Anteil zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens arbeitender Patienten in beiden Gruppen entsprechend gering.

Unterhalt

Patienten, die ihren Lebensunterhalt durch Einkommen aus eigener Arbeit bestritten, wurden mit 70 % häufiger aufgenommen. Dementsprechend wurden Bezieher von Rente, Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung relativ oft (45 %) nicht übernommen.

Wohnsituation

Sowohl in bezug auf allein oder aber mit anderen wohnende Patienten fand keine Selektion statt. Patienten ohne Wohnung wurden dagegen mit 58 % sichtlich häufiger nicht in die AFS aufgenommen.

Anamnestische Daten

Im Bereich der anamnestischen Daten wie der ambulanten und der sozialen Vorbetreuung bzw. -behandlung lassen sich zwischen aufgenommenen einerseits und den nicht aufgenommenen andererseits keine verwertbaren Unterschiede herausfiltern. Auffällig war lediglich der Trend, nur wenige Patienten ohne, gleichwohl aber fast 70 % mit sogar zwei stationären Vorbehandlungen zu übernehmen.

Diagnostische Daten

Die unterschiedlichen Diagnosen der Patienten hatten wesentlichen selektiven Einfluß. Zwei Drittel der Schizophrenien und der anderen Psychosen wurden aufgenommen. Bei Kenntnis des geringeren Übernahmeanteils von Neurosen (57 %) ist zunächst zu vermuten, die AFS behandele alle psychotisch erkrankten Patienten. Erst die differenzierte Aufschlüsselung dieser Diagnosen läßt den Irrtum erkennen, denn Hebephrene und an Schizophrenia simplex Erkrankte wurden nur zur Hälfte, jedoch mehr als drei Viertel der Patienten, die an einer paranoid-halluzinatorischen Form litten, in die Behandlung aufgenommen. Von Patienten mit Rest- und Defektzuständen einer Schizophrenie wurden immerhin 56 % aufgenommen. Auffallend hoch ist auch der Prozentsatz der Patienten mit affektiven Psychosen (71 %). Von den nach der Minimalschätzung (s. S. 40) als sicher chronisch eingestuften Patienten wurde immerhin ein Drittel nicht übernommen.

Aufnahmeverfahren

Weder die Art der Überweisungsinstanz (z. B. Klinik, Arzt, Angehörige) noch die Art des Zugangs war unterschiedlich. Wesentlichen Einfluß auf die Entscheidung zur Aufnahme hatten dagegen die Vorkontakte.

Extramurale (persönliche) Vorkontakte

80 % der Patienten wurden übernommen, wenn e i n extramuraler Kontakt zustande kam, bei mehr als einem Kontakt allerdings nur noch die Hälfte, so daß die Häufung solcher Kontakte eher zur Nichtübernahme führte. Speziell persönliche Vorkontakte außerhalb der Abteilung wirkten sich auf die Entscheidung aus. Es wurden drei Viertel aller Patienten übernommen, mit denen extramurale persönliche Kontakte stattgefunden hatten. Von der fast dreimal höheren Patientenzahl, mit der es diese Kontakte nicht gab, wurden nur 60 % übernommen.

Kontakte mit vorbehandelnden Therapeuten

Wenn die AFS zu den vorbehandelnden Therapeuten einmal Kontakt aufgenommen hatte, so wurden mehr als 77 % der Patienten übernommen. Es ist überraschend, daß der Prozentsatz der aufgenommenen Patienten auf 56 % sank, wenn die Therapeuten mehrfach Kontakt miteinander hatten.

(Persönliche) Kontakte mit den Patienten

Persönliche Kontakte zwischen AFS und Patienten waren für ein positives Übernahmeergebnis ausschlaggebend. Ohne vorherige persönliche Kontakte wurden nur 14 % der Patienten in die Behandlung der AFS übernommen. Der Anteil schnellte sprunghaft auf 78 % in die Höhe, wenn es einen oder mehrere Kontakte bzw. persönliche Kontakte gegeben hatte.

Persönliche Kontakte mit den Patienten in Abteilung

Ebenso deutlich wie bei den extramuralen persönlichen Kontakten ist auch das Ergebnis, wenn Gespräche in der Abteilung stattfanden. 81 % der Patienten mit einem persönlichen Kontakt in der Abteilung für Sozilpsychiatrie wurden danach aufgenommen. Erstaunlicherweise sinkt der Prozentsatz leicht auf 75 %, wenn der Patient mehrfach zu Vorkontakten in die Abteilung gekommen war. Es führte nach Tabelle A 3 zu einem gravierenden Einschnitt in der Übernahmeentscheidung, wenn kein Kontakt in der AFS zustande kam. Da die Ergebnisse übereinstimmen, wenn man vergleicht, ob ein Aufnahmeinterview in der Abteilung geführt wurde oder nicht, ist die wesentliche Bedeutung für

eine positive Aufnahmeentscheidung dem ersten persönlichen Kennenlernen beizumessen. Weitere Fühlungnahmen waren offenbar nicht wirksamer.

Mitarbeiterbeteiligung

Günstiger für das Übernahmeergebnis war es, wenn überwiegend zwei Mitarbeiter am Aufnahmeverfahren beteiligt waren. In diesem Fall wurden 71 % der Patienten übernommen, dagegen nur die Hälfte, wenn ein Mitarbeiter allein bei den Kontakten tätig wurde. Mit 71 % über dem Durchschnitt häufig wurden Patienten aufgenommen, bei denen nichtakademische Mitarbeiter beteiligt waren. Das Aufnahmeverfahren war für aufgenommene insgesamt wesentlich kürzer als für nicht aufgenommene Patienten, obwohl sie sich in der Kontakthäufigkeit nicht unterschieden. Während die stationäre Behandlungsdauer bis zum ersten Kontakt mit knapp sechs Wochen für aufgenommene Patienten fast doppelt so lang war wie für nicht aufgenommene, lag der Zeitraum bis zur endgültigen Entscheidung für beide Gruppen bei etwa acht Wochen gleich. Vom ersten Kontakt bis zur endgültigen Entscheidung benötigte man für die aufgenommenen Patienten nur gut eine Woche, wohingegen man sich für eine negative Entscheidung 2 1/2 Wochen Zeit nahm. Unabhängig von der tatsächlichen Entscheidung war die Kontakthäufigkeit in beiden Gruppen gleich, die damit im Gegensatz zur Dauer offenbar unerheblich war.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Der Vergleich der aufgenommenen mit den nicht aufgenommenen Patienten zeigt, daß in einem gewissen Umfang auch die Abteilung selbst selektierte. Paranoid-halluzinatorisch und affektiv-psychotisch erkrankte Patienten wurden offenbar ebenso bevorzugt wie Frauen, Getrennte, Geschiedene und Verwitwete, Patienten der oberen Mittelschicht und Patienten, die noch einen Arbeitsplatz hatten. Andererseits fiel eine Aufnahmeentscheidung eher positiv aus, wenn die Patienten mehrfach stationär vorbehandelt waren. Eher aufgenommen wurden auch Patienten, die während eines möglichst kurzen Aufnahmeverfahrens einen persönlichen Vorkontakt gehabt hatten. Äußerste Zu-

rückhaltung legte sich die Abteilung bei der Aufnahme wohnungsloser Patienten auf.

Eigene Akzente gegenüber den Anbietern und korrigierende Trends setzte die AFS bei den affektiv-psychotischen Patienten, die allerdings relativ selten angeboten wurden (s. Tab. A 2). Zusätzlich zu den ohnehin häufig angebotenen ledigen Patienten wird durch die leicht überdurchschnittliche Aufnahme getrennt, geschieden und verwitwet lebender Patienten die Intention der AFS in Richtung langfristiger Betreuung bei zur Vereinsamung Neigenden sichtbar.

Neben den inhaltlichen Auswahlkriterien, die als Patientenvariablen in den Aufnahmebögen erschienen, imponieren die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Art des Aufnahmeverfahrens. Eine gute Aufnahmechance bestand für Patienten mit extramuralen Vorkontakten, vor allem persönlichen Kontakten und einem Aufnahmeinterview in der Abteilung mit zwei Mitarbeitern. Häufige Kontakte mit vorbehandelnden Therapeuten - wenn also mehr über als mit dem Patienten verhandelt wurde - wirkten sich eher negativ auf das Aufnahmeergebnis aus. Dagegen war eine schnelle Entscheidung günstig für die Aufnahme; war der Patient nach Erhebung der Daten im extramuralen Vorkontakt persönlich bekannt, so kam es entsprechend rasch zu einer Entscheidung. Zog sich das Verfahren andererseits - aus welchen Gründen auch immer - hin, kam es ohne persönlichen Kontakt nicht zu einer Aufnahme. Zusätzlich interessant ist, daß nichtakademische Mitarbeiter, vielleicht risikofreudiger, bei positiven Entscheidungen häufiger beteiligt waren. Andererseits könnte ihnen auch der Mut zur Ablehnung gefehlt haben. Diese Ergebnisse lassen vermuten, daß die Selektion der AFS - neben der Notwendigkeit einer möglichst hohen Belegung der eigenen Institution - auch der Erfassung möglichst gut in das Setting passender Patienten diente, wofür der persönliche Eindruck entscheidend war.

A 4 NICHTÜBERNOMMENE PATIENTEN

UNTERSUCHUNGSBEREICH

Das Kapitel A 3 untersuchte die Selektion der angebotenen Patienten. Für die nicht Aufgenommenen blieb dabei jedoch unberücksichtigt, welche Gründe der Nichtaufnahme genannt wurden und welchen Anteil jeweils die AFS bzw. die Patienten selbst an einer Nichtaufnahme hatten. Bei der Entscheidung über die Nichtaufnahme wurde jeweils dokumentiert, ob der Patient von der AFS abgelehnt worden war, selbst nicht behandelt werden wollte oder durch Umzug, Tod bzw. Nichterscheinen ausgeschieden war (s. Tab. 3). Die Untersuchung geht nun der Frage nach, ob es sich bei den nicht aufgenommenen Patienten tatsächlich um drei unterscheidbare Untergruppen handelt.

Von 303 nicht aufgenommenen Patienten mußten auch hier 127 aus der Untersuchung herausgenommen werden, da sie unter die Ausschlußindikationen fielen. Die verbleibenden 176 Patienten wurden zu 30 % von der AFS abgelehnt, 27 % wollten nicht behandelt werden, und 43 % schieden aus sonstigen Gründen aus dem Aufnahmeverfahren aus.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. A 4 im Tabellarischen Anhang)

Gründe für die Nichtübernahme

Die Gründe für die von der AFS ausgehende Ablehnung (s. Tab. 3/I) wurden - von den Ausschlußindikationen abgesehen - in acht verschiedenen Items standardisiert. Dabei spielten quantitativ nur drei Ablehnungsgründe eine Rolle. Über die Hälfte wurde wegen einer therapeutischen Fehlindikation abgelehnt, wobei die Fehlindikation für eine Teilinstitution eine geringere Rolle spielte. Diese Patienten waren nach Meinung der Mitarbeiter "durch die Mittel und Möglichkeiten der Abteilung praktisch nicht zu fördern". Bei immerhin 30 % fanden sie die "überzeugende Wahrscheinlichkeit besserer Chancen bei der Behandlung oder Weiterbehandlung in einer anderen Institution

oder Betreuung auf einem anderen Wege". Der Rest verteilte sich auf die übrigen Gründe.

Bei den Motiven der Patienten, die nach Ansicht der Therapeuten nicht von der AFS behandelt werden wollten, stellte sich heraus, daß weit mehr als die Hälfte ausdrücklich keine Behandlung in der AFS wünschte, wobei sehr häufig (s. Tab. 3/II, Item 24) für eine anderweitige Behandlung gesorgt war. Knapp ein Fünftel begab sich ohne Überweisungsindikation "aktiv in andere Behandlung". 10 % waren ambivalent und unentschlossen. Ebenso viele verweigerten über die Ablehnung der AFS hinaus grundsätzlich jede weitere psychiatrische Behandlung.

Mit der Hälfte der ausgeschiedenen Patienten - das war immerhin fast ein Viertel der Nichtübernommenen - wurden auffallend viele während des Aufnahmeverfahrens aus der vorbehandelnden Institution entlassen, oder sie hatten bereits selbst die Klinik verlassen. Nur 18 % konnten tatsächlich aus "äußeren Gründen" (Wegzug in die BRD, Patient verstorben etc.) nicht aufgenommen werden. 17 % aller aus dem Aufnahmeverfahren ausgeschiedenen Patienten erschienen entweder nicht zum Termin oder zur Aufnahme, ohne daß sich hierfür ein Grund eruieren ließ (s. Tab. 3/III).

Neben der Untersuchung der Motivationsvariablen lassen sich auch die Patientenvariablen der drei gebildeten Untergruppen ("abgelehnt", "will nicht", "ausgeschieden") gegenüberstellen. So wird ein interner Vergleich dieser Patienten möglich.

GRÜNDE DER NICHTAUFNAHME (N = 176)

	I	Von der AFS ausgehende Gründe der Nichtaufnahme "abgelehnt" N = (52)	100 %	Alle Nichtaufnahmen N = (176)	100 %
10	Therapeutische Fehlindikation	(21)	40,4 %		11.9 %
11	Therapeutische Fehlindikation für Teilinstitution	(7)	13,5 %		4,0 %
13	Überweisungsindikation	(16)	30,8 %		9,1 %
14	Störindikation	(1)	1,9 %		0,6 %
15	Überforderung durch Verhalten des Patienten	(3)	5,8 %		1,7 %
16	Überforderung durch Verhalten der Angehörigen	(1)	1,9 %		0,6 %
19	Spezialfall, keine unbedingte Therapienotwendigkeit	(2)	3,8 %		1,1 %
37	Sonderkategorie keine Eintragung im Bogen	(1)	1,9 %		0,6 %

Tabelle 3/I

GRÜNDE DER NICHTAUFNAHME (N = 176)

	II	Vom Patienten ausgehende Nichtaufnahme "will nicht" N = (48)	100 %	Alle Nichtaufnahmen N = (176)	100 %
21	Patient lehnt jede weitere psychiatrische Behandlung ab	(5)	10,4 %		2,8 %
22	Patient begibt sich in andere Behandlung (keine Überweisungsindikation)	(9)	18,8 %		5,1 %
23	Patient lehnt unsere Behandlung ab, für anderweitige Versorgung ist offenbar nicht gesorgt	(12)	25,0 %		6,8 %
24	Patient lehnt unsere Behandlung ab, für anderweitige Behandlung (durch Angehörige, SpD, sonstige Behandlung) ist offenbar gesorgt	(17)	35,4 %		9,7 %
25	Patient lehnt z. Z. Aufnahme ab, will sich evtl. später von selbst melden (z. B. will erst einmal versuchen zu arbeiten, geht erst einmal zu Angehörigen nach Westdeutschland	(5)	10,4 %		2,8 %

Tabelle 3/II

GRÜNDE DER NICHTAUFNAHME (N = 176)

	III	Aus dem Aufnahmeverfahren "ausgeschieden" N = (76)	100 %	Alle Nichtaufnahmen N = (176)	100 %
30	Aufnahme aus äußeren Gründen unmöglich (Wegzug in die BRD, Patient verstorben etc.)	(14)	18,4 %		8,0 %
31	Patient wurde bzw. hat sich aus vorbehandelnder Institution entlassen	(40)	52,6 %		22,7 %
35	Patient aus den Augen verloren	(5)	6,6 %		2,8 %
36	Patient erscheint nicht zum Termin bzw. Aufnahme, Gründe nicht eruierbar (z. B. auch keine Reaktion auf Anschreiben)	(13)	17,1 %		7,4 %
37	Keine Eintragung im Bogen	(2)	2,6 %		1,1 %
38	Angehörige des Patienten lehnen jegliche Behandlung durch die Abteilung ab (Angehörige wollen nicht)	(2)	2,6 %		1,1 %

Tabelle 3/III

Grunddaten

Die nicht übernommenen Patienten waren zwischen 30,5 und 33,5 Jahre alt. Dabei waren die Ausgeschiedenen etwas älter, die Abgelehnten etwas jünger als diejenigen, die nicht behandelt werden wollten. Wenn man davon absieht, daß verheiratete Patienten tendenziell etwas häufiger nicht behandelt werden wollten als der Durchschnitt und Getrennte, Geschiedene und Verwitwete oft aus dem Aufnahmeverfahren aus sonstigen Gründen ausschieden, lassen sich in den Grunddaten keine nennenswerten Unterschiede aufzeigen.

Soziale Vorgeschichte

Schichtzugehörigkeit

Bei der Schichtzugehörigkeit gab es nur bei den Oberschichtangehörigen eine erstaunliche Tendenz der Abteilung, diese abzulehnen. Das Niveau der letzten Tätigkeit als Kriterium der Schichtzugehörigkeit bestätigt dieses Ergebnis. Relativ wenige Oberschichtpatienten verzichteten von sich aus auf eine Behandlung.

Berufliche Entwicklung

Patienten ohne erlernten Beruf, die nicht gearbeitet haben und sich auch nicht in Ausbildung befanden, wurden von der Abteilung deutlich häufiger abgelehnt, machten aber mit nur 8 % einen wesentlichen und signifikant geringeren Anteil bei denen aus, die nicht von der AFS behandelt werden wollten.

Niveauvergleich

Der formale Niveauvergleich und auch die Einschätzung des beruflichen und sozialen Abstiegs durch die Untersucher ergaben nur bei der subjektiven Einschätzung des Abstiegs einen Trend der Abteilung, Patienten mit Verlusten auf diesem Gebiet eher abzulehnen.

Sozialstatus zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens

Bei den drei Variablen Arbeitsplatz, Arbeitssituation und Unterhalt lassen sich keine klaren Unterschiede der drei Patientengruppen nachweisen. Es fällt lediglich auf, daß von den relativ wenigen zur Zeit des Aufnahmeverfahrens arbeitenden Patienten die Hälfte von der Abteilung abgelehnt wurde, wobei es sich nach Tabelle A 4 wahrscheinlich ausschließlich um Hausfrauen handelte. Im Hinblick auf die Wohnsituation ist es überraschend, daß über die Hälfte der alleinlebenden Patienten aus dem Aufnahmeverfahren ausgeschieden sind. Rund 40 % der nicht allein lebenden Patienten wollten von sich aus keine Behandlung durch die AFS. Es ist nicht verwunderlich, daß nur ein geringer Prozentsatz wohnungsloser Patienten in ihrer sozialen Not von sich aus die Behandlung ablehnte. Andererseits kann es ebensowenig überraschen, wenn immerhin zwei Drittel der Wohnungslosen aus dem Aufnahmeverfahren ausgeschieden sind.

Anamnestische Daten

In den anamnestischen Daten waren die Unterschiede der drei nicht aufgenommenen Untergruppen kaum ausgeprägt. Allerdings zeigte sich bei den wenigen Patienten ohne stationäre Vorbehandlung, daß diese mit 70 % von der AFS sehr oft abgelehnt wurden. Die Hälfte der Patienten mit mindestens einem Aufenthalt schied dagegen aus.

Diagnostische Daten

Patienten mit der Diagnose Schizophrenie wurden gegenüber den anderen psychischen Erkrankungen mit 16 % ausgesprochen selten abgelehnt, wohingegen 36 % keine Behandlung wollten. Patienten mit anderen Diagnosen wurden zur Hälfte abgelehnt. Bei der Differenzierung in die Untergruppen des schizophrenen Formenkreises fällt ins Auge, daß überhaupt nur zwei Patienten mit einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie abgelehnt wurden. Entgegen der Erwartung wurden auch schizophren erkrankte Patienten mit Defekt- und Restzuständen

nicht überdurchschnittlich häufig abgelehnt. Erstaunlicherweise lehnten 50 % mit der Diagnose "sonstige Schizophrenie" von sich aus eine Behandlung ab, dagegen nur recht wenige mit affektiven Psychosen sowie Neurosen. Daß fast zwei Drittel aller neurotisch erkrankten Patienten von der Abteilung abgelehnt wurden, entspricht den Erfahrungen aus der praktischen Arbeit. Nur 10 % dieser Patienten wünschten von sich aus keine Behandlung. Überdurchschnittlich oft schieden Patienten aus sonstigen Gründen mit folgenden Diagnosen bereits während des Aufnahmeverfahrens aus: Hebephrenie, Schizophrenia simplex, paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie, affektive Psychose, sonstige Psychose.

Entgegen häufig geäußerter Ansicht ist das Ausmaß der Chronizität für die Abteilungsmitarbeiter kein aus dem Rahmen fallendes Ablehnungskriterium gewesen. Die drei Gruppen unterscheiden sich in dieser Variablen nicht voneinander.

Aufnahmeverfahren

Bis auf die schriftlichen und telefonischen Kontakte zeigten sich in fast allen anderen Variablen des Aufnahmeverfahrens beachtliche Differenzen in den drei Gruppen.

Überweisungsinstanz

Patienten, die aus einer psychiatrischen Klinik oder einem Heim kamen, wurden selten abgelehnt, schieden aber zur Hälfte während des Aufnahmeverfahrens aus. Abgelehnt dagegen wurde die Hälfte der vom (Fach-)Arzt, dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder sonstigen Institutionen überwiesenen Patienten. Die AFS lehnte zudem drei Viertel der Patienten ab, die von sich aus kamen oder von Angehörigen und Bezugspersonen geschickt wurden. Nur einer von ihnen wollte von sich aus nicht aufgenommen werden. Nicht aus stationärer Behandlung kommende Patienten wurden von der Abteilung in aller Regel abgelehnt.

Extramurale Vorkontakte

Für die Ablehnungsentscheidung der AFS spielten extramurale Vorkontakte eine wichtige Rolle, denn sie lehnte die Hälfte der Patienten ohne extramurale Vorkontakte ab und nicht einmal ein Fünftel mit mehr als einem extramuralen Kontakt. Von diesen Patienten schied die Hälfte aus dem Aufnahmeverfahren aus. Mehrere extramurale Vorkontakte führten oft zu einem Behandlungsverzicht der Patienten.

Kontakte mit vorbehandelnden Therapeuten

Es ist bemerkenswert, daß die Abteilungsmitarbeiter fast drei Viertel aller Patienten ablehnten, bei denen es keine Kontakte mit vorbehandelnden Therapeuten gab, wohingegen kein Patient von sich aus eine Behandlung ablehnte. Bei einem Kontakt lehnte die AFS immerhin noch die Hälfte der Patienten ab. Fanden mehrere Kontakte statt, lehnte die Abteilung nur noch ein Fünftel ab, dann aber schied die Hälfte vorzeitig aus dem Aufnahmeverfahren aus, und 31 Patienten wünschten keine Behandlung mehr.

Kontakte mit Angehörigen und Bezugspersonen

Die Beteiligung von Angehörigen am Aufnahmeverfahren übte offensichtlich entscheidenden Einfluß auf das starke Ablehnungsverhalten der AFS aus, da nach einem Angehörigenkontakt zwei Drittel der Patienten abgelehnt wurden.

(Persönliche) Kontakte mit Patienten

Aufnahmeverfahren, die ohne Kontakte mit dem Patienten selbst durchgeführt wurden, endeten zu 61 % mit dessen Ausscheiden. Schon bei einem (oder mehr) Kontakt(en) sank dieser Anteil auf ein Viertel, dann aber lehnte die Abteilung knapp die Hälfte ab. Ein direkter persönlicher Kontakt veränderte dieses Ergebnis nicht mehr. Die Patienten selbst tendierten bei näherem Kennenlernen der Abteilung zu einem Verzicht auf die angebotene Behandlung. Ob der erste persönliche Kontakt früher oder später in der Reihenfolge der Kontakte zustande kam, spielte für die drei Gruppen ebensowenig eine Rolle wie die persönlichen extramuralen Kontakte.

Persönliche Kontakte mit dem Patienten in Abteilung

Wenn kein persönlicher Kontakt oder kein Aufnahmeinterview in der Abteilung zustande gekommen war, schieden mit weit über der Hälfte besonders viele Patienten aus dem Aufnahmeverfahren aus, und überraschend wenige Patienten wurden in diesen Fällen abgelehnt. Sprunghaft wuchs die Gruppe der abgelehnten Patienten auf die Hälfte an, wenn es einen oder mehrere persönliche Kontakte in der AFS gegeben hatte. Entsprechend sank der Anteil ausgeschiedener Patienten mit der Anzahl dieser Kontakte. Die persönlichen Kontakte mit dem Patienten waren unverkennbar wesentlicher als etwa die Art der Kontakte.

Kontakte nach dem ersten persönlichen Kontakt mit dem Patienten

War ein direkter Kontakt mit dem Patienten selbst hergestellt, so wurde bei weiteren Kontakten von der AFS nur noch selten eine Ablehnungsentscheidung getroffen. Dann allerdings schieden viele Patienten aus dem Verfahren aus.

Mitarbeiterbeteiligung

Weder die quantitative Beteilung der Mitarbeiter noch die Art der am Aufnahmeverfahren beteiligten Berufsgruppe oder deren jeweilige Einsatzhäufigkeit spielten eine wesentliche Rolle.

Zeitverlauf des Aufnahmeverfahrens

Die stationäre Behandlungsdauer bis zum ersten Kontakt war bei den abgelehnten Patienten mit mehr als vier Wochen am längsten, bei den ausgeschiedenen mit zweieinhalb Wochen recht kurz. Der Zeitraum von der stationären Aufnahme bis zur endgültigen Entscheidung lag bei den drei Gruppen eng beieinander. Sowohl die Dauer vom ersten bis zum letzten Kontakt vor der endgültigen Entscheidung als auch vom ersten Kontakt bis zur endgültigen Entscheidung war bei Ablehnungen durch die AFS mit gut einer Woche kurz, dauerte bei Negativentscheidungen durch die Patienten zweieinhalb Wochen und war mit zweieinhalb bzw. dreieinhalb Wochen bei den ausgeschiedenen Patienten am längsten. Entsprechend war die Zahl der Kontakte mit durchschnitt-

lich zwei niedrig, wenn die Abteilung zu einer negativen Entscheidung kam. Lehnten die Patienten die Behandlung ab, waren es 3,6 Kontakte. Bei den ausgeschiedenen Patienten kam es zu durchschnittlich drei Kontakten. Bei den abgelehnten Patienten war das Aufnahmeverfahren kürzer als bei den anderen beiden Gruppen.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Nicht aufgenommene Patienten lassen sich eindeutig als drei unterschiedliche Gruppen beschreiben: Patienten, die von der AFS abgelehnt wurden, die nicht behandelt werden wollten oder die aus dem Aufnahmeverfahren aus sonstigen Gründen ausschieden. Die wesentlichen Unterschiede, mit denen die drei Gruppen identifizierbar sind, liegen in der Diagnose, dem Beruf, der Wohnsituation und in der Art des Aufnahmeverfahrens.

Von den Abteilungsmitarbeitern wurden insbesondere neurotisch Erkrankte abgelehnt. Diese Intention war aufgrund der Ergebnisse aus dem Kapitel A 2 ebenso zu erwarten wie die besonders niedrige Ablehnungsrate paranoid-halluzinatorisch Schizophrener. Hier demonstrierte sich die AFS als Institution, die Schizophrenen ein sinnvolles Angebot machen zu können glaubte. Auch Patienten ohne Beruf unter den Nichtaufgenommenen waren durch die Abteilung selbst abgelehnt worden; sie fühlte sich von dieser Klientel offenbar oft überfordert. Paradox wirkt die Tatsache, daß bei den Nichtaufgenommenen Patienten ohne stationäre Voraufnahme fast ausschließlich in die von der Abteilung abgelehnte Gruppe fielen. Die Mitarbeiter schienen vor der Möglichkeit der Rolle des Erstbehandlers (Diagnostik, medikamentöse Einstellung und Erarbeitung prognostischer Kriterien) zurückzuschrecken und verspielten auch eine Chance für die Entwicklung einer Vorschaltambulanz, wenn sie Patienten ablehnten, die von sich aus ohne stationäre Vorbehandlung eine Aufnahme in die AFS wünschten oder aber durch Bezugspersonen vermittelt worden waren.

Besonders überraschend ist die Tatsache, daß im Unterschied zu anderen, nicht aufgenommenen Patienten die von der AFS Abgelehnten sehr

häufig Erstgespräche hatten und trotz dieser persönlichen Kontaktaufnahme zwischen Patient und Abteilung Ablehnungen ausgesprochen wurden. Ablehnungen durch Abteilungsmitarbeiter könnten somit als wohlüberlegte Entscheidungen nach persönlicher Auseinandersetzung mit dem Patienten zu verstehen sein.

Aufschlußreich sind auch die notierten Ablehnungsgründe (s. Tab. 3/I). In der Mehrzahl dieser abgelehnten Fälle gab die Abteilung an, der Patient könne durch die Mittel und Möglichkeiten der AFS praktisch nicht gefördert werden oder er habe durch andere Behandlungen bessere Chancen. Zwar kann hier die fehlende Bettenstation für dieses Ergebnis angeführt werden; andererseits könnte auch ein Gefühl der Überforderung bei der Behandlung schwieriger Patienten deutlich werden. Die AFS zielte in ihrem Ablehnungsverhalten - zumindest latent und tendenziell - auf eine Erhaltung der Abteilung als Spezialinstrument.

In der Gruppe von Patienten, die von sich aus nicht behandelt werden wollten, zeigte sich diagnostisch eine Häufung (sonstiger) Schizophrener. Paranoid-halluzinatorisch Erkrankte verzichteten im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen leicht überdurchschnittlich auf eine Behandlung, obwohl diese Patienten von der AFS bevorzugt aufgenommen wurden. Wider Erwarten waren neurotische Patienten nur sehr selten der Behandlung gegenüber abgeneigt. Dagegen sahen eine Behandlungsnotwendigkeit - wohl in der Hoffnung baldiger Arbeitsaufnahme - besonders auch Patienten nicht ein, die einen erlernten Beruf hatten bzw. sich in einer Ausbildung befanden. Eine vorhandene Berufsausbildung könnte so als Zeichen einer stärkeren Persönlichkeitsstruktur solcher Patienten gewertet werden. Die Hilfe ambulanter Therapiemöglichkeiten zur Rezidivprophylaxe wurde offenbar von diesen Patienten nicht gesehen. Behandlungsunwillige lebten häufiger mit anderen zusammen, schienen sich daher versorgt zu fühlen und ausreichenden Schutz zu spüren. Andererseits mögen hier Familienkonstellationen eingewirkt haben wie die Anklammerung an die Eltern oder auch der Eltern selbst, die die schwache Persönlichkeit des Patienten zur eigenen Stärkung brauchten, wenn er einigermaßen rekompensiert war. Im Verlauf des Aufnahmeverfahrens fällt auf, daß

Patienten, die die Mitarbeiter in einer vorbehandelnden Institution persönlich kennengelernt hatten und solche, die mehrfach zu Gesprächen in der Abteilung waren, sich besonders häufig gegen eine Aufnahme aussprachen.

Über die Motive der nicht aufnahmewilligen Patienten läßt sich zusammenfassend vermuten, daß sie nach dem Klinikaufenthalt eine derart dichte weitere Betreuung nicht mehr akzeptierten. Es waren besonders die schizophrenen Patienten, die durch den Verzicht auf die Behandlung der AFS möglicherweise eigene Selbständigkeit und Unabhängigkeit erlangen wollten oder zum Teil schon aus der Zeit vor dem stationären Aufenthalt an eine andere Versorgung angebunden waren.

Die relativ vielen aus sonstigen Gründen aus dem Aufnahmeverfahren ausgeschiedenen Patienten bildeten ebenfalls eine eigene Gruppe. Es handelte sich im wesentlichen um schizophren und affektiv-psychotisch erkrankte Patienten aus stationärer Vorbehandlung. Sie wehrten sich möglicherweise passiv gegen eine Psychiatrisierung, indem sie sich nach Entlassung aus der Klinik nicht mehr meldeten. Weniger häufig kam dies bei Patienten mit sonstiger Schizophrenie und Neurosen vor. Ausgeschiedene Patienten hatten recht häufig angegeben, allein zu wohnen. Ihre passive Ablehnung gegenüber einem nachgehenden (Kontakt-)Angebot kann als Indikator zum Rückzug in die Isolation gesehen werden, wenn sie nicht tatsächlich umgezogen waren. Ebenso auffällig ist die Häufung der Wohnungslosigkeit dieser offensichtlich schon recht verwahrlosten Patienten. Wenig überraschend dagegen ist es, daß viele Patienten trotz der Beteiligung relativ vieler Mitarbeiter und mehrerer Vorkontakte ausschieden, allerdings bei Fehlen persönlicher Kontakte in der Abteilung. Die Würdigung der Umstände von Ursache und Wirkung muß unterbleiben, weil sich aus den Daten nicht ersehen läßt, ob Patienten wegen fehlender persönlicher Kontakte ausschieden oder wegen deren Ausscheiden keine persönlichen Kontakte zustande kamen.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist sicher zu berücksichtigen, daß sich unter den ausgeschiedenen Patienten möglicherweise solche befanden, deren "Verschwinden" aus dem Aufnahmeverfahren auch

Ausdruck sowohl eines Nichtwollens wie einer indirekten Ablehnung durch die kontaktierenden Mitarbeiter der AFS gewesen sein könnte. Es ist allerdings zu berücksichtigen, daß bezüglich dieser Untergruppe nur bei 55 Patienten mit Sicherheit feststeht, daß für ihr Ausscheiden keine zwingenden äußeren Gründe ausschlaggebend waren (Tab. 3/III, Item 31, 36, 38). Insgesamt ist bei der Analyse der drei Gruppen festzustellen, daß die Selektionskriterien der AFS erwartungsgemäß insbesondere bei den von ihr selbst abgelehnten Patienten hervortreten.

A 5 AUFNAHMEN VON AUSSCHLUßINDIKATIONEN

UNTERSUCHUNGSBEREICH

143 der AFS erstmalig angebotene Patienten fielen unter mindestens eine der Ausschlußindikationen (s. S. 19). Trotz bestehender Ausschlußindikation wurden 77 solcher Patienten in die AFS aufgenommen und nur 66 wegen der Ausschlußindikation abgelehnt. Die vergleichende Untersuchung dieser beiden Gruppen müßte die von der AFS besonders bevorzugten Patientenmerkmale erkennen lassen, da sie solche Patienten trotz der genau definierten Ausschlußindikationen aufnahm und sich damit über die eigenen Regeln hinwegsetzte.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. A 5 im Tabellarischen Anhang)

Grunddaten

Die trotz Ausschlußindikation aufgenommenen Patienten waren mit durchschnittlich 29,5 Jahren signifikant jünger als die wegen der Ausschlußindikation abgelehnten Patienten mit 34,7 Jahren und darüber hinaus jünger als alle anderen untersuchten Gruppen. In den übrigen Grunddaten unterschieden sich die beiden Gruppen nicht wesentlich. Bemerkenswert ist aber die Tatsache, daß über die Hälfte aller Patienten, die nicht in Charlottenburg wohnten, trotzdem aufgenommen wurde. De facto ist diese Ausschlußindikation damit ohne Bedeutung für die AFS bei der Aufnahmeentscheidung gewesen.

Soziale Vorgeschichte, Sozialstatus und anamnestische Daten

Auch die soziale Vorgeschichte sowie der Sozialstatus und die anamnestischen Daten beeinflußten die AFS nur unwesentlich in ihrer Entscheidung. Es bestand eine gewisse Tendenz, die Patienten aus sozial höheren Schichten sowie Patienten, die einen Arbeitsplatz

hatten und solche, die während des Aufnahmeverfahrens arbeiteten, eher aufzunehmen. So wurden zwei Drittel der Patienten mit einem Arbeitsplatz und zwei Drittel der Arbeitenden aufgenommen. Ebenso wurden Patienten ohne oder mit nur einem oder zwei stationären Vorbehandlungen sowie Patienten, deren Einweisungsmodus beim stationären Voraufenthalt freiwillig war, leicht bevorzugt.

Diagnostische Daten

Deutlich unterschieden sich beide untersuchten Gruppen in den diagnostischen Daten. Die in Kapitel A 3 nachgewiesene Bevorzugung schizophrener Patienten, insbesondere mit der paranoid-halluzinatorischen Form, findet sich auch hier wieder. So wurden zwei Drittel der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie aufgenommen und nur ein Drittel abgelehnt. Die genauere Differenzierung zeigt erneut, daß insbesondere Patienten mit der Diagnose paranoid-halluzinatorische Schizophrenie zu über 90 % aufgenommen wurden. Die eher zurückhaltende Einstellung den Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen gegenüber war bei der Patientengruppe mit Ausschlußindikation besonders ausgeprägt. Nur einer von diesen Patienten wurde aufgenommen. Die Patienten mit einer Ausschlußdiagnose wurden immerhin noch zu 40 % trotzdem aufgenommen. Damit stellte diese Ausschlußindikation ebenfalls kaum eine echte Aufnahmeschranke für die AFS dar, wenn auch die Ausschlußdiagnose etwas strenger gehandhabt wurde als die Ausschlußindikation Wohnort.

Aufnahmeverfahren

Während die allermeisten ohne Ausschlußindikation aufgenommenen Patienten aus stationärer Behandlung heraus der AFS angeboten wurden (s. Kap. A 3), ist in der Gruppe der trotz Ausschlußindikation aufgenommenen Patienten der Zustrom derer, die aus eigener Initiative oder durch Angehörige bzw. Bezugspersonen vermittelt wurden, deutlich angewachsen. (s. Tab. A 5). Diese Gruppe wurde leicht bevorzugt aufgenommen. Wie im Kapitel A 3 war für die Übernahme dieser Patien-

ten e i n extramuraler Vorkontakt günstig. Dagegen führte häufiges Telefonieren oft zur Ablehnung. Die selektive Tendenz, Patienten, bei denen es im Verlauf des Aufnahmeverfahrens keine Kontakte zwischen den Abteilungsmitarbeitern und vorbehandelnden Therapeuten gab, eher aufzunehmen (s. Kap. A 3), findet sich hier wieder. Der günstige Effekt direkter, insbesondere aber persönlicher Kontakte zum Patienten, gerade auch in der Abteilung, bestätigt sich für die trotz Ausschlußindikation Aufgenommenen. Die Beteiligung mehrerer nicht akademischer Mitarbeiter der AFS an den Vorkontakten führte zu höherer Aufnahmewahrscheinlichkeit. Der zeitliche Ablauf des Aufnahmeverfahrens wirkte sich bei den Patienten mit Ausschlußindikation auf die Aufnahmeentscheidung nicht aus.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Wie die Gegenüberstellung von aufgenommenen und nicht aufgenommenen Patienten mit Ausschlußindikationen zeigt, wurden die Ausschlußindikationen (Alter, Wohnort, Diagnose, s. S. 18) von der AFS nicht streng beachtet. Das Verhältnis von Aufgenommenen zu Nichtaufgenommenen bei den Ausschlußindikationen entspricht weitgehend dem generellen Verhältnis zwischen Aufnahmen und Nichtaufnahmen. Während sich bezüglich Patienten außerhalb Charlottenburgs aus dem Angebot keine Reduzierung ergab, wurden Patienten mit zutreffender Ausschlußdiagnose nicht ganz so oft übernommen. Damit wurde diese Ausschlußindikation - sofern überhaupt solche Patienten angeboten wurden - am ehesten beachtet, wobei zu berücksichtigen ist, daß in nicht wenigen Fällen die ausschließende diagnostische Indikation zum Aufnahmezeitpunkt noch nicht bekannt war. Verständlicherweise findet sich die im Kapitel A 3 nachgewiesene Selektion in ähnlicher Weise bei den Patienten mit Ausschlußindikation wieder. So sind es die Patienten mit der für die AFS prädestinierenden Diagnose Schizophrenie und ganz besonders die paranoid-halluzinatorische Form, die favorisiert wurde, sowie Patienten aus höheren Schichten und Patienten mit einem Arbeitsplatz. Darüber hinaus wurden hier auch jüngere Patienten, zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens noch Arbeitende und Patienten mit keiner oder nur wenigen stationären Vorbehandlungen be-

vorzugt aufgenommen sowie Patienten, deren Einweisungsmodus beim Voraufenthalt freiwillig war. Bezüglich der Art des Aufnahmeverfahrens finden sich wiederum im wesentlichen die schon im Kapitel A 3 beschriebenen Tendenzen. Abweichend von diesen wurden jedoch Patienten mit Ausschlußindikation besonders häufig aufgenommen, ohne daß telefonische Kontakte stattfanden. Es könnte sein, daß eine formale Ablehnung aufgrund zutreffender Ausschlußindikation am Telefon leichter ausgesprochen werden konnte als etwa im direkten persönlichen Gespräch.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bei Patienten mit Ausschlußindikationen - teilweise aus den oben erwähnten Gründen - nicht diese, sondern die in Kapitel A 3 nachgewiesenen Selektionskriterien ausschlaggebend waren.

ZUR PRIMÄREN SELEKTION

Aus den Ergebnissen des ersten Teils (A) der Untersuchung läßt sich folgendes Fazit ziehen:

1. Die fixierten Ausschlußindikationen sind nicht die einzigen Selektionsfaktoren.

2. Die weitgehende Abhängigkeit von überweisenden Vorinstitutionen beinhaltet durch deren Angebot eine massive Vorselektion, die mit dem Ziel einer unausgelesenen sektorbezogenen Versorgung nicht in Einklang zu bringen ist.

3. Neben der Abhängigkeit von dieser Vorselektion betreibt die AFS eine eigenständige Selektion. Diese Selektion ist abteilungsbezogen, zielt also auf die Stärken des vorhandenen Instrumentariums ab. Die Kriterien für eine sektorisierte Versorgung erwachsener psychisch kranker Patienten treten dabei teilweise in den Hintergrund.

4. Die Aufnahmewahrscheinlichkeit ist abhängig von der Art des Aufnahmeverfahrens, besonders vom persönlichen Kontakt zwischen Mitarbeiter und Patient.

5. Bei nicht Aufgenommenen lassen sich anhand der Merkmale diejenigen Patienten, die von sich aus eine Aufnahme ablehnten und bedingt auch solche, die aus verschiedenen Gründen aus dem Aufnahmeverfahren ausschieden, deutlich von den von der AFS Abgelehnten unterscheiden. Insbesondere bei der letzten Gruppe sind die Selektionstendenzen der AFS abzulesen.

6. Patienten mit Ausschlußindikationen wurden zum großen Teil gleichwohl, und zwar in einem der allgemeinen Aufnahmequote entsprechenden Verhältnis aufgenommen. Bei diesen Aufnahmen waren die Kriterien mit den allgemeinen Selektionskriterien weitgehend identisch.

7. Angesichts der feststellbaren Selektionskriterien läßt sich ein voll gelungener, durchgehender und zielgerichteter Versuch einer unselektierten Versorgung nach sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten mit den Ergebnissen nicht belegen. Es scheint eher, daß der Gedanke der Sektorversorgung nicht konsequent genug verfolgt und zumindest der überwiegend anbietenden Großklinik nicht in adäquater Form vermittelt werden konnte.

B. ENTLASSUNGEN AUS DER ABTEILUNG

Im Teil A der Untersuchung wurde die Vorselektion durch die anbietenden Institutionen und die primäre Selektion der AFS bei der Aufnahmeentscheidung nachgewiesen. Im Teil B wird nun der Frage nachgegangen, ob und wenn ja welche sekundäre Selektion durch Entlassungen von Patienten aus der AFS stattfand und ob eine Vergleichbarkeit besteht zwischen der primären und dieser sekundären Selektion.

Insgesamt wurden bis Ende 1980 255 Patienten aus der AFS entlassen (s. Tab. 4). Die AFS entließ aktiv 73 Patienten (s. Tab. 4/I, Item 1 - 18), 12 davon wegen einer erst nach der Aufnahme festgestellten Ausschlußindikation (s. Tab. 4/I, Item 1 - 9). 124 Patienten entließen sich selbst (s. Tab. 4/II, Item 20 - 29) und 44 schieden aus sonstigen Gründen aus der Behandlung aus (s. Tab. 4/III, Item 30 und 32). Bei 11 Patienten konnte die Behandlung im gegenseitigen Einverständnis beendet werden (s. Tab. 4/IV, Item 33 und 34). Drei wurden von der AFS - vor allem nach Ausscheiden eines Bezugstherapeuten - sozusagen vergessen (s. Tab. 4/V, Item 39 und 40).

Eine genauere Aufschlüsselung der Entlassungsgründe (s. Tab. 4/I) zeigt, daß bei den Ausschlußindikationen nur die erst nach der Aufnahme festgestellte Sucht zur Entlassung führte und daß kein Patient wegen seines nicht im Aufnahmesektor liegenden Wohnsitzes entlassen wurde, so daß die Patienten, die trotz der Ausschlußindikation "Wohnsitz" aufgenommen worden waren, zumindest nicht aus diesem Grunde später entlassen wurden. 25 der von der Abteilung entlassenen Patienten wurden wegen einer Überweisungsindikation (s. Tab. 4/I, Item 13) und 12, weil sie die für nötig erachteten Therapiemaßnahmen ablehnten (s. Tab. 4/I, Item 17) entlassen. Die übrigen Entlassungsgründe spielten eine eher untergeordnete Rolle (s. Tab. 4/I).

Bei der nach Ansicht der Therapeuten vom Patienten ausgehenden Entlassung kamen 45 nicht mehr bzw. wollten nicht mehr behandelt werden, und die AFS akzeptierte diese Entscheidung. Bei 31 wurde von Seiten der AFS noch ohne Erfolg intensiv versucht, den Patienten zu einer Fortsetzung der Behandlung zu motivieren. 18 beendeten gleich

in der ersten Woche nach der Aufnahme in die AFS die Behandlung. Weitere 16 entschieden sich für eine anderweitige Behandlung (s. Tab. 4/II).
Eine absolute Behandlungsunmöglichkeit aus äußeren Gründen wie Umzug oder Tod lag bei 41 Patienten vor (s. Tab. 4/III, Item 30). Bei immerhin 8 war keine weitere Behandlung und Betreuung mehr erforderlich (s. Tab. 4/IV, Item 33), 3 wurden aus dem "Krankenstatus" entlassen (s. Tab. 4/IV, Item 34).

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Hälfte aller Entlassungen von Patienten ausging, knapp 20 % aus äußeren Gründen wie Umzug oder Tod aus der Behandlung "ausschieden" und nur rund 30 % von der Abteilung aktiv entlassen wurden, wobei häufig eine Überweisungsindikation gestellt wurde. Rein quantitativ scheint damit die sekundäre Selektion durch die AFS relativ gering gewesen zu sein. Ob und welche spezifischen Merkmale der Patienten dabei ausschlaggebend waren, sollen die nachfolgenden Untersuchungen zeigen.

E N T L A S S U N G S G R Ü N D E (N = 255)

I	VON DER AFS AUSGEHENDE ENTLASSUNGEN N (73)	100 %	ENTLASSUNGEN INSGESAMT N (255)	100 %
AUSSCHLUßINDIKATIONEN (1-9)				
1 Wohnsitz	(0)	0 %		0 %
2 Alter	(0)	0 %		0 %
3 Alkohol	(5)	6,8 %		2,0 %
4 Medikamente	(3)	4,1 %		1,0 %
5 Drogen	(2)	2,7 %		0,8 %
6 polyvalente Sucht	(1)	1,4 %		0,4 %
7 Schwachsinn	(0)	0 %		0 %
8 Epilepsie	(0)	0 %		0 %
9 nicht psychisch krank (im Sinne des ICD)	(1)	1,4 %		0,4 %
10 Therapeutische Fehlindikation	(3)	4,1 %		1,2 %
12 Entlastungsindikation	(7)	9,6 %		2,7 %
13 Überweisungsindikation	(25)	34,2 %		9,8 %
14 Störindikation	(2)	2,7 %		0,8 %
15 Überforderung durch Verhalten des Patienten	(8)	11,0 %		3,1 %
16 Überforderung durch Verhalten der Angehörigen	(3)	4,1 %		1,2 %
17 Spezialfall, Patient lehnt Therapiemaßnahmen ab	(12)	16,4 %		4,7 %
18 Spezialfall, Angehörige lehnen Therapiemaßnahmen ab	(1)	1,4 %		0,4 %

II	VOM PATIENTEN AUSGEHENDE ENTLASSUNGEN N (124)	100 %	ENTLASSUNGEN INSGESAMT N (255)	100 %
20 Patient nicht anbindbar, bleibt gleich nach Aufnahme weg	(18)	14,5 %		7,1 %
21 Patient lehnt jede weitere psychiatrische Behandlung ab	(2)	1,6 %		0,8 %
26 Patient begibt sich aktiv in andere Behandlung (keine Überweisungsindikation)	(16)	12,9 %		6,3 %
27 Patient will nicht mehr behandelt werden, wir gehen ihm nicht intensiv nach	(45)	36,3 %		17,6 %
28 Patient will nicht mehr behandelt werden, wir geben nach intensiven Bemühungen auf	(31)	25,0 %		12,2 %
29 Patient will nicht mehr behandelt werden, weiteres "Nachlaufen" nicht sinnvoll	(12)	9,7 %		4,7 %

Tabelle 4

III	ABSOLUTE BEHANDLUNGSUNMÖGLICHKEIT (z. B. "AUSGESCHIEDEN") N (44) 100 %	ENTLASSUNGEN INSGESAMT N (255) 100 %
30 Weitere Behandlungen aus äußeren Gründen unmöglich (Umzug, Tod etc.)	(41) 93,2 %	16,1 %
32 Patient nach Rückververlegung durch Fremdinstitution eigenmächtig anderweitig überwiesen	(3) 6,8 %	1,2 %

IV	AKTIVE BEHANDLUNGSBEENDIGUNG (IN GEGENSEITIGEM EINVERSTÄNDNIS) N (11)	ENTLASSUNGEN INSGESAMT
33 Patient soll aus dem Krankenstatus entlassen werden	(3)	1,2 %
34 Keine weitere Behandlung und Betreuung erforderlich	(8)	3,1 %

V	SONDERKATEGORIE N (3)	ENTLASSUNGEN INSGESAMT
39 Patient von uns "vergessen"	(3)	1,2 %
40 Angehörige entziehen Patienten unserer Behandlung	(0)	0 %

Tabelle 4

B 1 ENTLASSENE PATIENTENGRUPPEN

UNTERSUCHUNGSBEREICH

In einem ersten Untersuchungsschritt sollte geklärt werden, ob die Patienten, bei denen sich die Abteilung für eine Entlassung entschied, tatsächlich andere waren als die, die sich nach Ansicht der Therapeuten selbst aus der AFS entließen. Denkbar wäre ja auch, daß die Entlassung aus der AFS im wesentlichen Ausdruck eines Behandlungsmißerfolges war und sich nicht genau differenzieren läßt, ob die Gründe für den Mißerfolg mehr im Behandlungssetting der AFS oder mehr im Patienten selbst zu suchen sind. Sollten sich die beiden Gruppen von entlassenen Patienten tatsächlich voneinander abgrenzen lassen, so könnten sie mit den analogen Gruppen bei den Nichtaufnahmen parallelisiert und auf Vergleichbarkeit hin untersucht werden. Einerseits liegt hier die Vermutung zugrunde, daß die Patienten, bei denen die AFS von vornherein eine Aufnahme ablehnte (primäre Ablehnung) und die, die sie schon kurz nach der Aufnahme wieder entließ (sekundäre Ablehnung) ein ganz ähnliches Merkmalsprofil aufwiesen. Damit hätte die AFS dann die nachgewiesene primäre Selektion durch Nichtübernahme in die Behandlung sekundär durch eine rasche Entlassung ähnlicher Patienten fortgesetzt. Andererseits könnten sich Parallelen zwischen Patienten, die gar nicht erst aufgenommen werden wollten (primär "will nicht") und solchen, die nach begonnener Behandlung selbst wieder entlassen werden wollten (sekundär "will nicht") ergeben (s. Kap. B 3). Es könnten also ähnliche Patienten gewesen sein, die sich nur zu unterschiedlichen Zeitpunkten selbst gegen die AFS entschieden haben.

Patienten, bei denen nach der Aufnahme in die AFS eine Ausschlußindikation festgestellt wurde - zumeist eine im Vordergrund stehende Suchtproblematik -, und die, bei denen eine Fortsetzung der Behandlung aus äußeren Gründen (z. B. Umzug, Tod) absolut unmöglich war, aber auch die, bei denen die Behandlung im gegenseitigen Einverständnis erfolgreich abgeschlossen worden war, und schließlich drei von der AFS vergessene Patienten wurden aus dieser Untersuchung her-

ausgenommen. Um die in der Behandlung selbst liegenden Entlassungsgründe, die nicht Untersuchungsgegenstand waren, möglichst gering zu halten, wurden nur Patienten berücksichtigt, die innerhalb eines Jahres nach erfolgter Aufnahme entlassen wurden. In diesem Zeitraum wurden 47 von der AFS ausgehend entlassen (Motivationsvariablen I, Items 10 - 18, s. Anhang), und 79 entschieden sich selbst für eine Entlassung (Motivationsvariablen II, Items 20 - 29, s. Anhang). Diese beiden Gruppen werden in dieser Untersuchung gegenübergestellt und auf Unterscheidbarkeit untersucht.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. B 1 im Tabellarischen Anhang)

Grunddaten

Männer sowie ledige Patienten wurden häufiger auf Betreiben der AFS hin entlassen, während die Zusammensetzung der Geschlechter in der Gruppe der sich selbst Entlassenden fast ausgeglichen ist. Bei diesen war der Anteil der getrennten, geschiedenen oder verwitweten Patienten deutlich größer, der der Ledigen geringer. Beide Gruppen waren nahezu gleich alt. Ausländische Patienten wurden bei allerdings sehr kleiner Fallzahl (sieben Patienten) eher auf Intention der AFS entlassen.

Soziale Vorgeschichte

Patienten aus der Oberschicht wurden selten durch die AFS, häufiger auf eigenen Wunsch hin entlassen. In den übrigen Variablen der sozialen Vorgeschichte unterscheiden sich die untersuchten Gruppen nur unwesentlich.

Sozialstatus zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens

Bezüglich Arbeit und Unterhalt zeigen sich keine bedeutenden Unterschiede. Die wenigen Hausfrauen beendeten allerdings allesamt von

sich aus die Behandlung. Patienten, die sich selbst entließen, arbeiteten fast ausschließlich zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens nicht und lebten etwas häufiger als die durch die AFS Entlassenen aus Einkünften wie Vermögen, Ersparnissen etc. Gravierende Unterschiede fanden sich in der Wohnsituation. Während durch die AFS entlassene Patienten häufig mit anderen in einem gemeinsamen Haushalt wohnten, strebten die Alleinlebenden besonders häufig selbst die Entlassung an. Die wenigen Wohnungslosen wurden oft durch die AFS entlassen.

Anamnestische Daten

Beide Gruppen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der ambulanten als auch der sozialen Vorbehandlung, während die Häufigkeit der stationären Vorbehandlungen und der Einweisungsmodus beim stationären Voraufenthalt ohne besondere Bedeutung blieb. Patienten ohne jede ambulante Vorbehandlung wurden oft durch die AFS entlassen, wohingegen Entlassungen von Patienten mit bereits ambulanter psychiatrischer Vorbehandlung oder Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte in hohem Maße von ihnen selbst ausgingen. Die sieben durch sonstige Institutionen sozial vorbetreuten Patienten wurden ganz überwiegend durch die AFS entlassen, während die durch psychiatrische Institutionen Vorbetreuten eher von sich aus die Entlassungsentscheidung trafen.

Diagnostische Daten

Hier finden sich die gravierendsten Unterschiede. Die AFS entließ nur ganz wenige schizophren erkrankte Patienten, häufiger jedoch Patienten mit anderen Psychosen und noch wesentlich häufiger mit Neurosen. Entsprechend drängten die schizophren Erkrankten fast alle von sich aus auf eine Entlassung. Die noch genauere diagnostische Differenzierung zeigt, daß Patienten mit sonstigen Schizophrenien hier eine Ausnahme bildeten. Sie wurden eher auf Betreiben der AFS hin entlassen. Ebenso Patienten mit sonstigen Psychosen, wohingegen

sich die wenigen Patienten mit affektiven Psychosen wiederum eher selbst entließen. Die Chronizität blieb ohne Bedeutung.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Bei der Gegenüberstellung der von der AFS ausgehenden und der nach Meinung der Therapeuten von den Patienten selbst betriebenen Entlassungen weisen beide untersuchte Gruppen ein deutlich unterschiedliches Merkmalsprofil auf. Von der AFS selbst wurden eher Männer, ledige Patienten, solche ohne Wohnung, andererseits jedoch besonders auch nicht allein lebende Patienten entlassen sowie Neurotiker und Patienten, die bisher keine ambulanten Behandlungen erfahren hatten. Von sich aus strebten eher getrennt, geschieden oder verwitwet lebende Patienten und solche, die alleine lebten, sowie der Oberschicht zuzuordnende Patienten eine Entlassung aus der AFS an; besonders häufig haben schizophrene Patienten und ganz besonders oft die an der paranoid-halluzinatorischen Form Erkrankten ihre Entlassung durchgesetzt. Hinsichtlich der Arbeitssituation und des Unterhalts sowie in bezug auf einen beruflichen und sozialen Abstieg zum Zeitpunkt der Aufnahme unterscheiden sich beide Gruppen nur unwesentlich. Wenn man zusätzlich berücksichtigt, daß bei den von der AFS eingeleiteten Entlassungen Überweisungsindikationen im Vordergrund standen, so zeigt sich, daß sich die AFS offenbar auch bezüglich ihres Entlassungsverhaltens in erster Linie als Spezialinstrument zur Behandlung schizophren Erkrankter verstand und Patienten mit anderen Diagnosen daher eher zu überweisen versuchte.

Auf der anderen Seite waren es in überragendem Ausmaß die schizophren erkrankten Patienten, die selbst entlassen werden wollten. Aus den Entlassungsbegründungen (Motivationsvariablen II, Items 20 - 29, s. Anhang) ist ersichtlich, daß nur in geringem Umfang der Wunsch nach einer anderen Behandlung dafür ausschlaggebend war. Vielmehr scheint das Entlassungsbegehren hier Ausdruck des Bedürfnisses nach Unabhängigkeit, des Sich-durch-die-Behandlung-überfordert-Fühlens oder des Sich-gesund-fühlen-Wollens und bei dem auffällig hohen Anteil von Alleinlebenden sicher auch krankheitsbedingter autisti-

scher Rückzugstendenzen gewesen zu sein. Das Konzept einer virtuell lebenslangen Betreuung stößt hier an seine Grenzen, wobei Sinn und Notwendigkeit des Konzeptes solchen chronischen Psychotikern sicherlich schwer zu vermitteln sind.

B 2 SEKUNDÄRE SELEKTION DURCH ENTLASSUNGEN AUS DER ABTEILUNG

UNTERSUCHUNGSBEREICH

Wie in Kapitel B 1 gezeigt, unterscheiden sich die Patienten, bei denen die AFS ausdrücklich die Behandlungsbeendigung entschied, von denen, die von sich aus die AFS verließen. Die AFS lehnte also auf der einen Seite die Aufnahme einiger Patienten bereits im Rahmen des Aufnahmeverfahrens ab ("abgelehnte", s. Kap. A 4), auf der anderen Seite beendete sie aktiv die Behandlung bei Patienten mit einem bestimmten Merkmalsmuster (s. Kap. B 1). Gemeinsam ist diesen beiden Patientengruppen, daß jeweils die AFS die Entscheidung über die Nichtaufnahme bzw. die Entlassung traf. Im folgenden Untersuchungsteil wird der Hypothese nachgegangen, ob die AFS sich jeweils aus ähnlichen latenten, sich auch in Patientenmerkmalen widerspiegelnden Gründen in ihrer Entscheidung leiten ließ, sie also im Grunde Patienten mit bestimmten Merkmalen entweder erst gar nicht aufnahm oder nach der Aufnahme rasch aus der Behandlung entließ.
Zur Klärung wurden die Patienten, die nach erfolgter Aufnahme auf Betreiben der AFS hin entlassen wurden (Motivationsvariablen I, Items 10 - 18, s. Anhang), mit den Patienten, bei denen die AFS eine Aufnahme direkt ablehnte, ohne daß eine Ausschlußindikation zutraf, verglichen. Dabei wurden nur die Patienten berücksichtigt, die innerhalb eines halben Jahres nach der Aufnahme durch die AFS entlassen wurden. Die Behandlungsdauer wurde so kurz gewählt, um die in der Behandlung selbst liegenden Einflüsse noch geringer zu halten als in Kapitel B 1.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. B 2 im Tabellarischen Anhang)

Grunddaten

Die auf Betreiben der AFS entlassenen Patienten waren im Durchschnitt nur unwesentlich älter, hatten aber einen größeren Männer-

anteil (s. Tab. B 2) als die gleich beim Aufnahmeverfahren abgelehnten. Mit je rund zwei Drittel waren die meisten Patienten in beiden Gruppen ledig und der Ausländeranteil in beiden mit je 10 % recht gering. Bezüglich der Grunddaten finden sich damit nur leichte Unterschiede.

Soziale Vorgeschichte

Auch in der sozialen Vorgeschichte sind keine signifikanten Unterschiede nachweisbar. Beobachten läßt sich jedoch, daß bei den durch die AFS entlassenen Patienten weniger der Oberschicht zuzuordnen waren und bezüglich der beruflichen Entwicklung mehr einen Beruf oder eine Ausbildung hatten als die bereits im Aufnahmeverfahren von den Mitarbeitern abgelehnten Patienten.

Sozialstatus zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens

Die Variablen des Sozialstatus sind ebenfalls ohne signifikante Unterschiede. Tendenziell hatten durch die AFS entlassene Patienten häufiger einen Arbeitsplatz zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens, entsprechend bezogen auch mehr ihren Unterhalt aus eigener Arbeit als bei den Abgelehnten. Während einige Hausfrauen abgelehnt wurden, wurde später keine durch die AFS entlassen. In der letztgenannten Gruppe ist der Anteil allein wohnender Patienten viel geringer als bei den Abgelehnten.

Anamnestische Daten

Gravierend unterscheiden sich die untersuchten Gruppen in der ambulanten Vorbehandlung. Während etwa zwei Drittel der abgelehnten Patienten bereits eine ambulante psychiatrische Vorbehandlung hinter sich hatte, waren zwei Drittel der durch die AFS rasch entlassenen Patienten ohne jede ambulante Vorbehandlung. Die übrigen anamnestischen Daten stimmen in beiden Gruppen in hohem Maße überein.

Diagnostische Daten

Bemerkenswerterweise ist das Muster der Diagnosenverteilung in beiden Gruppen sehr ähnlich. Nur ein Drittel der Abgelehnten als auch nur ein Drittel der durch die AFS bald wieder Entlassenen waren Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. Mit etwa der Hälfte lag der Anteil neurotisch Erkrankter in beiden Gruppen gleich hoch. Insgesamt zeigt auch das differenziertere Diagnosenschema eine ausgesprochen gute Übereinstimmung in der Verteilung (s. Tab. B 2).

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die Untersuchung zeigt, daß die AFS bezüglich aktiver Entlassungen im Vergleich zu den bereits beim Aufnahmeverfahren abgelehnten Patienten nach einer erfolgten Aufnahme häufiger Männer sowie Patienten, die zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens einen Arbeitsplatz hatten, seltener jedoch Alleinlebende sowie der Oberschicht Zuzuordnende und sehr oft auch Patienten mit keinerlei ambulanter Versorgung in der Vorgeschichte recht bald aus der Behandlung entließ.

In allen übrigen Merkmalen, insbesondere in diagnostischer Hinsicht, zeigte sich dagegen ein hohes Maß an Übereinstimmung beider Gruppen und bestätigt die Hypothese ähnlicher Selektionskriterien bei Aufnahme wie bei früher Entlassung. So ist der Anteil der Neurotiker sowohl bei der primären Ablehnung als auch bei der sekundären "Ablehnung" durch eine baldige aktive, von der AFS ausgehende Entlassung im Vergleich zu den aufgenommenen wie den behandelten Schizophrenen relativ hoch. Insofern verdeutlicht neben der primären auch diese sekundäre Selektion durch aktive Entlassungen, daß die AFS das eigene Behandlungs-Setting bei Neurotikern für weniger geeignet hielt als für schizophrene Patienten, für die sie sich weitgehend zum Spezialinstrument entwickelt hatte.

Die besonders häufigen Entlassungen von Männern lassen sich eventuell damit erklären, daß Frauen in der Behandlung als weniger schwierig erlebt wurden. Die übrigen Ergebnisse sprechen dafür, daß

die AFS eher gesündere Patienten mit noch intaktem sozialen Gerüst aktiv und bald wieder entließ. Über die Motive hierfür lassen sich zwar nur Vermutungen anstellen, es liegt jedoch nahe anzunehmen, daß die AFS eine dauerhafte Psychiatrisierung relativ gesund erscheinender, zumindest sozial einigermaßen abgesicherter Patienten verhindern wollte, indem sie sie gewissermaßen prophylaktisch entließ, was als sozialpsychiatrisch begründbare Abweichungen vom generellen Konzept angesehen werden müßte.

B 3 BEHANDLUNGSBEENDIGUNG DURCH PATIENTENENTSCHEIDUNG

UNTERSUCHUNGSBEREICH

Analog zu Kapitel B 2 soll nun die Behandlungsbeendigung durch Patientenentscheidung näher untersucht und mit primärer Ablehnung der Behandlung durch Patienten verglichen werden. Dieser Untersuchungsabschnitt betrifft also diejenigen Patienten, die sich selbst gegen eine Fortsetzung der Behandlung entschieden, obwohl die AFS weiter dazu bereit gewesen wäre (Motivationsvariablen II, Items 20 - 29, s. Anhang). Diese Patientengruppe wurde den Patienten, die sich gleich schon beim Aufnahmeverfahren gegen eine Behandlung in der AFS entschieden hatten (identisch mit "will nicht", s. Kap. A 4), gegenübergestellt. Beide Gruppen - so auch hier wieder die Hypothese - könnten ähnliche Merkmale aufweisen und sich lediglich zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihrer "Karriere" selbst gegen eine (dauerhafte) Behandlung entschieden haben. Die Behandlungsdauer wurde aus analogen Gründen wie in Kapitel B 2 auf ein halbes Jahr beschränkt.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. B 3 im Tabellarischen Anhang)

Grunddaten

Beide Gruppen waren im Durchschnitt gleich alt, und die Geschlechtsverteilung war in etwa ausgewogen. Im Familienstand unterschieden sie sich eindeutig voneinander. Während mit mehr als der Hälfte der Anteil der Ledigen in beiden Gruppen gleich groß war, war bei den Patienten, die nicht aufgenommen werden wollten, mit knapp einem Drittel der Anteil der Verheirateten und bei den Patienten, die die Behandlung selbst beendeten, mit knapp einem Drittel der Anteil der getrennt, geschieden oder verwitwet Lebenden jeweils relativ hoch. Der Ausländeranteil war in beiden Gruppen verschwindend gering.

Soziale Vorgeschichte

Die soziale Vorgeschichte beider Gruppen unterschied sich tendenziell in einigen Punkten. Im Vergleich zu den Patienten, die nicht aufgenommen werden wollten, war in der Gruppe, die selbst die Behandlung beendete, mit einem Drittel der der Oberschicht zuzuordnende Anteil größer, häufiger wurde die Schichtzugehörigkeit an der höchsten erreichten Ausbildungsstufe gemessen, mehr - nämlich ein Fünftel - hatte gar keinen Beruf und befand sich auch in keinerlei Ausbildung, und ebenfalls mehr - nämlich knapp die Hälfte - hatte zum Aufnahmezeitpunkt einen beruflichen und sozialen Abstieg durchgemacht.

Sozialstatus zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens

Während nur ein Drittel der Patienten, die nicht aufgenommen werden wollten, über einen Arbeitsplatz verfügte, traf dies immerhin bei der Hälfte derer, die sich selbst aus der Behandlung entließen, zu. Keine Unterschiede fanden sich bezüglich des Unterhalts beider Gruppen. Mit drei Viertel wohnten die allermeisten Patienten, die nicht aufgenommen werden wollten, mit anderen gemeinsam, jedoch nur die Hälfte der Patienten, die sich für eine Behandlungsbeendigung entschieden.

Anamnestische Daten

Bei den anamnestischen Daten lassen sich tendenzielle Unterschiede nur in der Anzahl der stationären Vorbehandlungen aufzeigen. So lag bei den Patienten, die sich selbst entließen, der Anteil derer mit drei bis fünf stationären Voraufenthalten wesentlich höher.

Diagnostische Daten

Während die allermeisten Patienten, die nicht aufgenommen werden wollten, schizophren Erkrankte waren, lag dieser Anteil bei den sich selbst aus der Behandlung Entlassenden bei nur noch knapp zwei Drittel zugunsten von etwas über einem Drittel nicht schizophren Erkrankter. Die genaue Differenzierung der Diagnosen zeigt hier, daß mit einem Viertel der Anteil an Neurotikern besonders hoch war und sich im Vergleich auch mehr nicht-schizophrene Psychotiker fanden. Innerhalb der schizophrenen Erkrankungen überrascht die Tatsache, daß etwas mehr als ein Drittel der Patienten, die von sich aus die Behandlung beendeten, an der paranoid-halluzinatorischen Form Erkrankte waren.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß es im Vergleich zu den Patienten, die primär nicht aufgenommen werden wollten, offenbar doch Patienten mit anderen Merkmalen waren, die eine Behandlung nach Meinung der Therapeuten der AFS von sich aus beendeten. Damit hat sich die Hypothese einer ähnlichen Klientel in beiden Gruppen mit mangelnder Compliance für eine Behandlung durch die Abteilung hier also nicht bestätigt. So verließen vergleichsweise nicht nur mehr Neurotiker und Patienten mit nicht-schizophrenen Psychosen, sondern auch Patienten mit paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie nach kurzer Behandlung aus eigenem Antrieb die Abteilung. Tendenziell waren diese sich selbst bald entlassenden Patienten außerdem eher Oberschichtangehörige, Patienten ohne Beruf oder Ausbildung und hatten häufiger einen beruflichen und sozialen Abstieg durchgemacht. Besonders auffallend ist die Tatsache, daß sich vergleichsweise mehr getrennte, geschiedene oder verwitwete und alleinwohnende Patienten für eine Behandlungsbeendigung entschieden.

Diese Resultate sprechen dafür, daß nach spezifischen Gründen dafür gefragt werden muß, warum diese Patientengruppen sich bald nicht mehr behandeln lassen wollten. Möglicherweise spürten die Neuroti-

ker, die die Behandlung kurzfristig beendeten, eine relative Behandlungsunfähigkeit und -willigkeit der AFS und damit den bereits mehrfach beschriebenen Selektionsdruck gegenüber diesen Patienten. Andererseits entzog sich eine ebenfalls relativ große Gruppe von Patienten mit paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie, für welche die AFS sich, wie die bisherigen Ergebnisse zeigten, ja geeignet hielt, offensichtlich dezidiert aus eigenem Antrieb der Behandlung, was im Sinne einer autistischen Rückzugstendenz verstanden werden könnte. Die übrigen gefundenen Unterschiede dürften diesen beiden Diagnosengruppen zuzuordnen sein. Einerseits beendeten die oft getrennt lebenden Neurotiker, die noch über einen Arbeitsplatz verfügten, und andererseits alleinlebende isolierte Psychotiker ohne Beruf bzw. mit sozialem Abstieg und längerer Klinikkarriere die Behandlung. Die kurzfristige Entlassung auf Wunsch des Patienten mag zwar ebenfalls eine - wenn auch verdeckte - Selektion der AFS jenseits der Verursachung durch Patienten widerspiegeln. Zu einem wesentlichen Teil dürfte es sich aber um tatsächliche eigene Entscheidungen der Patienten handeln, denen die erlebten Behandlungsbemühungen in der Abteilung zugrunde lagen.

B 4 SEKUNDÄRE SELEKTION DURCH ÜBERWEISUNG

UNTERSUCHUNGSBEREICH

Innerhalb des ersten halben Jahres nach erfolgter Aufnahme entschied sich die AFS, einschließlich der Patienten, die trotz zutreffender Ausschlußindikation aufgenommen worden waren, bei 27 Patienten ausdrücklich für eine Behandlungsbeendigung (Motivationsvariablen I, Items 1 - 18, s. Anhang). Zehn Patienten davon entließ die AFS aktiv mit einer Überweisungsindikation (Item 13), sah also bessere Chancen in einer Weiterbehandlung durch andere Institutionen. Bei den übrigen 17 Patienten beendete die AFS die Behandlung aus den restlichen Gründen (s. Items 1 - 12 und 14 - 18), die mehr beim Patienten, in dessen Erkrankungsart und in Schwierigkeiten bei dessen Behandlung zu suchen waren. Die vergleichende Untersuchung dieser beiden Gruppen soll die Frage nach einer sinnvollen sekundären Selektion durch Überweisungen von Patienten an andere Institutionen beantworten helfen und klären, welches Merkmalsprofil diese Patienten tatsächlich hatten. Durch die kleinen Gruppengrößen ist die Aussagekraft der Untersuchung sicherlich beschränkt. Dennoch ergeben sich einige interessante Hinweise.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. B 4 im Tabellarischen Anhang)

Grunddaten und soziale Vorgeschichte

In beiden Gruppen fanden sich etwas mehr Männer als Frauen. Im Vergleich zu den aus den übrigen Gründen durch die AFS entlassenen Patienten waren die wegen einer Überweisungsindikation Entlassenen sieben Jahre älter. Im Familienstand fanden sich gravierende Unterschiede. In beiden Gruppen überwogen die ledigen Patienten, die AFS überwies darüber hinaus nur getrennte, geschiedene oder verwitwete Patienten, während Verheiratete alle aus anderen Gründen durch die AFS entlassen wurden. In beiden Gruppen fanden sich nur wenige Pa-

tienten, die nicht Charlottenburger Bürger waren und auch nur ein ganz geringer Ausländeranteil. Die von der AFS überwiesenen Patienten wurden etwas häufiger der Unterschicht zugeordnet und noch häufiger entsprach das Niveau der letzten Tätigkeit vor der Aufnahme in die AFS der Unterschicht.

Sozialstatus zum Zeitpunkt des Aufnahmeverfahrens

Die Patienten, die die AFS ausdrücklich mit einer Überweisungsindikation entließ, hatten häufiger keinen Arbeitsplatz, und diejenigen, die einen hatten, arbeiteten allesamt nicht. Entsprechend groß war der Anteil derer, die von Rente, Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung lebten. Häufiger als die durch die AFS aus den anderen Gründen entlassenen Patienten wohnten sie alleine.

Anamnestische und diagnostische Daten

Während sich bei der ambulanten Vorbehandlung keine Unterschiede ergaben, zeigte sich, daß alle Patienten, die durch psychiatrische Institutionen sozial vorbetreut waren, mit einer Überweisungsindikation entlassen wurden. Die aus den anderen Gründen Entlassenen waren fast alle ohne jede vorherige soziale Vorbetreuung. Im Vergleich haben die wegen einer Überweisungsindikation entlassenen Patienten besonders häufig mehr als einen stationären Aufenthalt hinter sich. Die AFS entließ wegen einer Überweisungsindikation nur Patienten mit sonstigen, also nicht schizophrenen und nicht affektiven Psychosen und mit Neurosen. Es wurde also kein schizophrener Patient mit einer Überweisungsindikation aus der AFS entlassen. Aus den übrigen Gründen entließ die AFS immerhin auch einen beachtlichen Anteil von Patienten mit einer Schizophrenie und nur noch ein Drittel neurosekranke Patienten.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Im Vergleich mit sonstigen notierten Gründen für eine Entlassung durch die AFS selbst fanden sich unter den mit einer Überweisungsindikation Entlassenen besonders getrennte, geschiedene oder verwitwete Patienten, Patienten, die bereits durch andere psychiatrische Institutionen sozial vorbetreut worden waren sowie Patienten mit Neurosen oder sonstigen Psychosen. Tendenziell kamen diese überwiesenen Patienten häufiger aus der Unterschicht, hatten keine Arbeit, lebten oft von Rente, Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung und oft alleine und hatten eher häufigere Klinikaufenthalte hinter sich.

Wegen der kleinen Gruppengröße ist die Bedeutung des Familienstandes schwer zu beurteilen. Der Kontext legt nahe anzunehmen, daß die AFS bei Patienten mit einer Trennungsproblematik (getrennt, geschieden oder verwitwet) andere Institutionen für geeigneter hielt, die Behandlung fortzusetzen. Einige Patienten, die von anderen Institutionen bereits sozial vorbetreut worden waren, wurden von der AFS vermutlich wieder dorthin zurücküberwiesen. In diagnostischer Hinsicht macht das Ergebnis noch einmal den Trend der sekundären Selektion deutlich. Die AFS fühlte sich für schizophrene Patienten zuständig und hielt hier konsequenterweise auch keine Überweisungsindikation für gerechtfertigt. Eine Überweisungsindikation wurde ausschließlich für Patienten mit sonstigen Psychosen und Neurosen gestellt und diente offenbar dazu, Patienten, für die sich die AFS als nicht geeignet betrachtete, weiterzuvermitteln.

B 5 SEKUNDÄRE SELEKTION BEI DROHENDEM BEHANDLUNGSABBRUCH

UNTERSUCHUNGSBEREICH

Innerhalb eines halben Jahres nach ihrer Aufnahme brachen 64 Patienten aus eigener Entscheidung heraus die Behandlung wieder ab (Motivationsvariablen II, Items 26 - 29, s. Anhang). Vier Patienten blieben gleich nach der Aufnahme weg oder lehnten bald jede weitere psychiatrische Behandlung generell ab (s. Items 20 und 21, s. Anhang). Bei den restlichen 60 Patienten versuchte die AFS nach der Einschätzung ihrer Therapeuten in 38 Fällen intensiv den drohenden Behandlungsabbruch zu verhindern, während sie bei 22 Patienten nicht entgegensteuerte. Es stellt sich also die Frage, inwieweit die AFS bei drohendem Behandlungsabbruch Patientenselektion betrieb. Zur Beantwortung dieser Frage wurde die Gruppe der Patienten, bei denen die AFS noch intensiv versuchte, den Abbruch zu verhindern (Motivationsvariablen II, Items 28 und 29, s. Anhang), der Gruppe gegenübergestellt, bei der die AFS den Behandlungsabbruch offenbar problemlos akzeptierte (Motivationsvariablen II, Items 26 und 27, s. Anhang).

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE (s. Tab. B 5 im Tabellarischen Anhang)

Grunddaten und soziale Vorgeschichte

Die AFS bemühte sich bei fast allen Frauen, den Behandlungsabbruch zu verhindern, während sie den der Männer weit eher akzeptierte. Intensiv bemühte sie sich, auch die verheirateten Patienten nicht aus der Behandlung zu verlieren. Bei den Patienten, bei denen die AFS den Behandlungsabbruch nicht akzeptierte, waren etwas mehr der unteren Mittelschicht zuzuordnen und der Anteil derer, die noch keinen beruflichen und sozialen Abstieg hinter sich hatten, etwas größer.

Sozialstatus und anamnestische Daten

Die AFS akzeptierte den Behandlungsabbruch häufig nicht bei Patienten mit noch vorhandenem Arbeitsplatz und Einkommen aus Arbeit und noch weniger bei Patienten, die mit anderen gemeinsam wohnten. Die Patienten, bei denen die AFS dem Wunsch nach Beendigung der Behandlung ohne Gegensteuerung nachkam, wohnten fast ausschließlich alleine. In den anamnestischen Daten unterschieden sich beide Gruppen lediglich beim Einweisungsmodus des stationären Voraufenthaltes. Ein weit größerer Anteil der Patienten, die die AFS nicht verlieren wollte, begab sich freiwillig in stationäre Behandlung.

Diagnostische Daten

In diagnostischer Hinsicht gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen. Tendenziell versuchte aber die AFS eher den Behandlungsabbruch der Patienten mit sonstigen Schizophrenien und nicht-schizophrenen Psychosen zu verhindern.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Der Vergleich der Gruppe, bei der die AFS einem drohenden Behandlungsabbruch aktiv zu begegnen versuchte, mit der Gruppe, bei der der Abbruch ohne solche Bemühungen durch die AFS erfolgte, zeigte interessante Resultate: Bemühungen, den Behandlungsabbruch zu verhindern, betrafen - einer allgemeinen Tendenz im psychosozialen Bereich entsprechend - besonders Frauen sowie Patienten, die nicht alleine wohnten. In etwas geringerem Maße zielten solche Bemühungen auch auf verheiratete Patienten, Angehörige der unteren Mittelschicht, Patienten ohne beruflichen und sozialen Abstieg mit erhaltenem Arbeitsplatz sowie beim stationären Voraufenthalt freiwillig aufgenommene Patienten. Die Diagnose war offensichtlich nur von untergeordneter Bedeutung für die Frage, ob die AFS den drohenden Behandlungsabbruch akzeptierte oder nicht. Daß sie sich gerade auch um

Patienten mit nicht-schizophrenen Psychosen intensiv bemühte, mag angesichts der bisherigen Untersuchungsergebnisse allerdings überraschen. Entscheidender als die Diagnose schien aber zu sein, daß die Abteilung Patienten mit einer relativ günstigeren Wohn- und Arbeitssituation und damit einer günstigeren Rehabilitationsprognose nicht verlieren wollte. Hier fürchtete sie offensichtlich nach einem Behandlungsabbruch einen weiteren sozialen Abstieg des Patienten und eine Verschlechterung seiner Gesamtsituation. War der Patient dagegen bereits Sozialhilfeempfänger und Alleinwohnender, mag auch in einem sozialpsychiatrischen Setting eine engagierte einer eher resignativen Haltung gewichen sein.

Es kann zusammenfassend festgestellt werden, daß Unterschiede in der Intensität der Bemühungen bei drohendem Behandlungsabbruch ebenfalls - allerdings weitgehend verständliche und sinnvoll erscheinende - Selektionsmechanismen widerspiegeln.

ZUR SEKUNDÄREN SELEKTION

Aus den Ergebnissen des zweiten Teils (B) der Untersuchung läßt sich folgendes Fazit ziehen:

1. Ein Drittel der Entlassungen erfolgte durch die Abteilung selbst und ist damit Ausdruck einer sekundären Selektion. Diese erfolgte vor allem in Form von Überweisungsindikationen.

2. Diejenigen Patienten, die aus Therapeutensicht nach kurzer Behandlungsdauer selbst ihre Entlassung durchsetzten, unterscheiden sich in ihren Merkmalen prägnant von den auf Veranlassung der AFS entlassenen Patienten. Die Besonderheiten dieser Gruppe weisen darauf hin, daß es der Abteilung auch im Laufe der Behandlung nicht durchgehend gelang, das Konzept einer unausgelesenen Versorgung durchzuhalten. Andererseits weist ablehnendes Patientenverhalten bezüglich einer Weiterführung einer Behandlung überhaupt auf die Grenzen eines auf lange, unter Umständen lebenslange Betreuung angelegten Systems hin.

3. Sowohl primäre als auch sekundäre Selektionsmechanismen durch Ablehnung im Aufnahmeverfahren bzw. durch baldige Entlassung durch die Abteilung selbst zeigen eine kongruente - insbesondere diagnostisch betonte - latente Zielrichtung.

4. Die Hypothese, daß Patienten, die nicht aufgenommen werden wollten und solche, die sich später nach Therapeutenansicht selbst entließen, ein ähnliches Merkmalsmuster haben, konnte dagegen nicht bestätigt werden.

5. Häufigkeit und Art von Überweisungsindikationen als Ausdruck sekundärer Selektion weisen auf ein Selbstverständnis der Abteilung hin, sich als ein Spezialinstrument für bestimmte Patientengruppen zu sehen.

6. Besondere Bemühungen der AFS, drohende Behandlungsabbrüche von Patienten zu verhindern, spiegeln ebenfalls, hier jedoch überwiegend durchaus angemessen erscheinende Selektionsmechanismen wider.

V. KRITISCHE ZUSAMMENFASSUNG

Die Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung forderte vor mehr als zehn Jahren, die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung durch Gemeindenähe und Sektorisierung zu verbessern. Nach ihren Empfehlungen sollte ein gegliedertes System von psychiatrischen Diensten ein geographisch abgegrenztes und größenordnungsmäßig definiertes sogenanntes "Standardversorgungsgebiet" umfassend und bedarfsgerecht versorgen. Ein solches System zielt daher auch darauf ab, allen im versorgten Sektor lebenden psychiatrischen Patienten eine adäquate Behandlungsmöglichkeit anbieten zu können und damit Ausgrenzungen bestimmter Patienten oder Patientengruppen durch Selektion entgegenzusteuern.

In der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin wird exemplarisch ein solches gegliedertes System für psychisch kranke und behinderte Bürger des Berliner Bezirks Charlottenburg erprobt, welches auf teilstationäre, ambulante und komplementäre Dienste akzentuiert ist. Der Großteil der Patienten wird erst nach vorausgegangener stationärer Behandlung übernommen, bei allen Patienten wird aber eine langfristige - virtuell, sofern notwendig, sozusagen lebenslange - Betreuung angestrebt.

Mit der vorliegenden Arbeit wurde am Beispiel dieser Abteilung der in ihr als exemplarischem Modell explizit deklarierte Anspruch einer unselektierten Versorgung psychisch kranker Erwachsener für die Jahre 1974 bis 1980 anhand der Aufnahmen, der Nichtaufnahmen und der Entlassungen angebotener Patienten überprüft.

Zunächst war zu fragen, inwieweit der Hauptzustrom der angebotenen Patienten aus den für den Bezirk zuständigen psychiatrischen Großkliniken überhaupt eine repräsentative Stichprobe aus der stationären Charlottenburger psychiatrischen Population darstellte oder ob bereits eine Vorselektion durch zuweisende Institutionen getroffen

wurde. In diesem Zusammenhang schien im Rahmen unseres Themas die Frage interessant, ob und inwieweit die Abteilung einer solchen möglichen Vorselektion entgegensteuerte bzw. ob und welche abteilungseigenen Selektionsmechanismen beim Vergleich aufgenommener und nicht aufgenommener Patienten nachweisbar waren. Hierbei sollte auch ein möglicher Einfluß der Modalitäten des Aufnahmeverfahrens auf die Übernahmeentscheidung untersucht werden.

Zur genaueren Beantwortung der Frage, ob die Abteilung selbst schon bei der Aufnahme entgegen ihrer Intention eine Selektion vornahm, wurden zusätzlich die nicht aufgenommenen Patienten unterschieden nach von der Abteilung selbst im Aufnahmeverfahren abgelehnten, Patienten, die von sich aus nicht aufgenommen werden wollten und solchen, die aus dem Aufnahmeverfahren aus anderen Gründen ausschieden. Eine Zusatzuntersuchung betraf Patienten, die an sich unter die Ausschlußindikationen der Abteilung fielen (Wohnsitz außerhalb Charlottenburgs, Kinder und Jugendliche, psychogeriatrische Patienten, Suchtkranke und geistig Behinderte) und trotzdem aufgenommen wurden.

In einem weiteren Untersuchungsabschnitt wurde davon ausgegangen, daß innerhalb eines auf langfristige Versorgung zielenden Systems Entlassungen, insbesondere solche nach relativ kurzer Behandlungsdauer, gleichfalls Selektionsmechanismen widerspiegeln dürften. Hierbei wurde die Hypothese überprüft, daß eine solche "sekundäre" Selektion ähnliche Patienten und Patientengruppen betraf, wie sie bereits in einer möglichen "primären" Selektion bei der Entscheidung über Aufnahme oder Nichtaufnahme definiert werden könnten. Die im Aufnahmeverfahren abgelehnten und die nach Aufnahme sehr bald entlassenen Patienten wurden daher miteinander verglichen. Auch hier wurden zur Präzisierung der Fragestellung diejenigen Patienten, bei denen der Behandlungsabbruch von der Abteilung selbst ausging, solchen, die eine Behandlungsbeendigung selbst gewünscht hatten, gegenübergestellt. Zusätzlich wurden sogenannte "Überweisungsindikationen" als Entlassungsbegründung und selektive Faktoren in den Bemühungen um Patienten, bei denen ein Behandlungsabbruch drohte, in

gesonderten Untersuchungen auf mögliche, zumindest latente Selektionsmechanismen abgetastet.

Als erstes und sehr wesentliches Ergebnis der Untersuchung ist festzuhalten, daß die Angebotsklientel an die Abteilung der stationären Klientel der zuweisenden Institutionen in keiner Weise entsprach. Insbesondere die diagnostische Zusammensetzung der Abteilungspatienten mit einem eindeutigen Schwerpunkt auf der Behandlung paranoider Schizophrenien wurde ganz entscheidend durch eine massive und definierbare Vorselektion durch die vorbehandelnden Institutionen bestimmt. Es ließ sich ein extrem einseitiges Angebot an solchen Patienten feststellen, während affektiv-psychotische Patienten und Neurotiker nur in recht geringer Zahl zur Behandlung angeboten wurden. Die vorbehandelnden Institutionen boten außerdem überproportional Männer und ledige Patienten an. Gruppiert man die sonstigen in unserer Untersuchung verwendeten Parameter, so ergeben sich im Angebot zwei polare Gruppen: Patienten mit relativ hohem Berufsniveau auf der einen Seite, für die offenbar zusätzliche Hilfsmöglichkeiten in besonderer Weise gesucht wurden, und im Kontrast hierzu Sozialhilfeempfänger mit vorangegangenem deutlichem bis massivem sozialen Abstieg, die offenbar ebenfalls in einer besonderen Weise zu einem Angebot an die Abteilung motivierten.

Es läßt sich summarisch feststellen, daß die Abteilung die Struktur dieses Angebotes weitgehend akzeptiert hat. Eine Gegensteuerung bzw. Rückkorrektur durch sie war nur bezüglich des Geschlechtes und bei affektiven Psychosen - hier allerdings sehr eindeutig - nachzuweisen. Daß die Abteilung die Gruppe der sozial Abgesunkenen weitgehend aufnahm, entspricht Vorsatz und Verpflichtung einer sozialpsychiatrischen Einrichtung. Dagegen widerspricht es der erklärten Zielsetzung der Abteilung, daß sie in diagnostischer Hinsicht die extreme Vorselektion schizophrener Patienten noch selbst akzentuierte und sich damit ein ihr von außen angetragenes Verständnis eines Spezialinstrumentes zur Behandlung dieser Patienten in erstaunlichem Ausmaß zu eigen machte.

Der Möglichkeit einer eigenen Selektion der Abteilung und deren Überprüfung wurden durch diese massive Vorselektion natürlich Grenzen gesetzt. Immerhin zeigte die Gegenüberstellung aller Aufnahmen, einschließlich derer aus dem nichtstationären Bereich mit allen nicht aufgenommenen Patienten praktisch durchgehend alle Aufnahmetendenzen, die bereits bezüglich des Verhaltens bei der Übernahme aus dem stationären Angebot beschrieben wurden. Zusätzlich zeigte sich eine leichte Bevorzugung von Patienten der Ober- und Mittelschicht und von Patienten, die noch einen Arbeitsplatz hatten. Daß neben den vielen ledigen Patienten auch vom Partner getrennt lebende und verwitwete eine tendenziell bessere Aufnahmechance hatten, könnte dagegen als Wille zur langfristigen Betreuung gerade von zur Vereinsamung neigenden Patienten interpretiert werden.

Entscheidenden Einfluß hatte auch der Ablauf des Aufnahmeverfahrens. So konnte die positive Wirkung eines persönlichen Kontaktes ebenso nachgewiesen werden wie die Tatsache, daß das Fehlen solcher Kontakte sowie langwierige und sich hinziehende Verfahren Schwierigkeiten signalisierten, die gehäuft mit Nichtaufnahmen korrelierten.

Die nähere Analyse der nicht aufgenommenen Patienten konnte nachweisen, daß die im Aufnahmeverfahren dokumentierte Differenzierung in - Abgelehnte, Patienten, die selber nicht aufgenommen werden wollten sowie die aus sonstigen Gründen (z. B. Umzug oder Tod) Ausgeschiedenen - sich auch in den untersuchten Patientenmerkmalen widerspiegelte. Es handelte sich tatsächlich um drei unterscheidbare Gruppen. Erwartungsgemäß fanden sich die beschriebenen Selektionsmechanismen insbesondere bei den von der Abteilung abgelehnten Patienten, wobei die niedere Ablehnungsrate paranoid-schizophrener Patienten und die sehr hohe bei Neurotikern wieder sehr deutlich wird. Eine hohe Ablehnungsrate betraf auch die - zum großen Teil nicht psychotischen - Patienten, die nicht aus stationären Institutionen kamen, sondern direkt zur Aufnahme anstanden. Das vorhandene Instrumentarium wurde offenbar kaum im Sinne einer Vorschaltambulanz oder eines diagnostischen Instrumentes verwendet. Insgesamt legen die Ergebnisse der Analyse der von der Abteilung Abgelehnten eine Tendenz zur Nichtauf-

nahme von Patienten nahe, bei denen sich die Abteilung in irgendeiner Weise überfordert gefühlt haben dürfte.

Bei der Betrachtung der eine Aufnahme selbst ablehnenden Patienten fällt der geringe Anteil von Neurotikern auf, die sich nur selten gegen eine Aufnahme entschieden und damit ihre Behandlungsmotivation unterstrichen. Besonders schwer konnten dagegen schizophrene Patienten mit relativ stabiler sozialer und beruflicher Situation von einer weiteren Behandlungsnotwendigkeit nach Abschluß der stationären Behandlung überzeugt werden. Auch ein Ausscheiden aus dem Aufnahmeverfahren, beispielsweise bei einer beachtlichen Anzahl isoliert lebender Schizophrener könnte passives Nichtwollen ausdrücken. Allerdings schied ein großer Teil dieser Patienten ganz eindeutig aus zwingenden äußeren Gründen wie Umzug oder Tod aus dem Aufnahmeverfahren aus.

Bezüglich der trotz bestehender Ausschlußindikation angebotenen Patienten beachtete die Abteilung allenfalls die diagnostischen Kriterien, kaum jedoch einen nicht im Sektor liegenden Wohnsitz. Entscheidend für Aufnahme oder Ablehnung waren auch hier die bei den nicht unter die Ausschlußindikation fallenden Patienten gefundenen Selektionsmechanismen.

Der Nachweis einer sekundärer Selektion durch frühzeitige Entlassung konnte vor allem bei Patienten erwartet werden, die auf Veranlassung der Abteilung selbst entlassen wurden. Betrachtet man alle Entlassungen im Untersuchungszeitraum, gingen jedoch 50 % der Entlassungen nach Ansicht der Therapeuten vom Patienten aus, bei 20 % konnte die Behandlung aus äußeren Gründen nicht weitergeführt werden, und nur 30 % sind von der Abteilung selbst entlassen worden. Auch hier konnte festgestellt werden, daß diese Patientengruppen sich tatsächlich auch in ihren Merkmalen unterschieden und sich vor allem die von der Abteilung Entlassenen von den auf eigenen Wunsch Ausscheidenden in ganz ähnlicher Weise unterschieden wie die primär abgelehnten von den nicht aufnahmewilligen Patienten.

Hauptentlassungsgrund für von der Abteilung ausgehende Entlassungen waren nach den dokumentierten Entlassungsgründen Überweisungsindikationen. Außerdem spielte noch eine gewisse Rolle, daß einige Patienten sich unkorrigierbar gegen die als notwendig betrachteten Therapiemaßnahmen stellten. Diagnostisch waren auch hier vor allem Neurotiker - auch solche mit drohender oder bestehender Isolationsproblematik - von baldiger Entlassung in Form einer tatsächlich oder angeblich notwendigen Überweisung betroffen. Damit verdeutlicht auch die Analyse des Überweisungsverhaltens, daß sich die Abteilung in erster Linie als ein Spezialinstrument zur Behandlung schizophren Erkrankter betrachtete, zumal der Einblick in die Krankenakten schnell erkennen läßt, daß sich unter den als Neurotikern Diagnostizierten keineswegs ausschließlich oder auch nur überwiegend Patienten befanden, bei denen eine gezielte psychotherapeutische Behandlung angezeigt war. Bei nicht wenigen handelte es sich eher um abnorme Persönlichkeiten, für welche das Instrumentarium der Abteilung im Grunde keineswegs als ungeeignet gelten konnte. Der bei der Analyse sozialer Patientenmerkmale zusätzlich entstehende Eindruck, daß auch schwierige und sozial abgestiegene und depravierte Patienten tendenziell eher bald entlassen wurden, mag ebenfalls Hilflosigkeit in der problematischen Behandlung solcher Patienten und die Grenzen der Abteilungsleistung demonstrieren.

Insgesamt konnte die Hypothese ähnlicher Selektionskriterien beim Aufnahmeverfahren und beim kurzfristigen Entlassungsverhalten der Abteilung sehr weitgehend bestätigt werden, die beiden Patientengruppen sind in ihren wesentlichen Merkmalen weitgehend identisch. Zusätzlich zeigte sich bei der Behandlungsdauer eine Bevorzugung von Frauen. Daß Patienten mit einem relativ intakten sozialen Gerüst teilweise bald wieder entlassen wurden und so eine unnötige Weiterbetreuung und Psychiatrisierung vermieden wurde, muß eher als eine gerechtfertigte und begründete Abweichung vom generellen Konzept einer sehr langfristigen Betreuung gesehen werden.

Die Annahme einer relativ guten Übereinstimmung von Patienten, die primär eine Aufnahme ablehnten, mit solchen, die von sich aus die

Behandlung schnell beendeten, ließ sich dagegen nicht bestätigen. Es handelt sich bezüglich der ihre baldige Entlassung Durchsetzenden zu einem offenbar wesentlichen Teil um gezielte Patientenentscheidungen, die durchaus auch auf der Basis bisher erlebter Behandlungsbemühungen getroffen sein konnten. Während bei der Würdigung der Überweisungsindikation letztlich offen bleiben mußte, inwieweit den Patienten tatsächlich eine reale Chance einer besseren Behandlung in anderen Einrichtungen eröffnet wurde oder ob nicht latente Abschiebungswünsche bei störenden, arbeitsintensiven und gleichwohl wenig Erfolgserlebnisse vermittelnden Patienten ausschlaggebend waren, hatte diese Gruppe von Patienten mit eigenem Entlassungsbegehren keineswegs den Wunsch nach Überweisung in eine andere Behandlungsform, sondern nach Beendigung psychiatrischer Behandlung überhaupt. Auffallend ist hier der hohe drop-out von sozial depravierten, chronischen und schizophrenen Patienten. Bei diesen überwiegend psychotischen Kranken war der Wunsch nach der Behandlungsbeendigung sicher häufig Ausdruck einer Rückzugstendenz und zweifelsohne großenteils durch eine Uneinsichtigkeit in die eigene Krankheit und deren weitere Behandlungsnotwendigkeit geprägt. Das Konzept einer virtuell lebenslangen Betreuung stieß hier dort an seine Grenzen, wo Attraktivität und Anziehungskraft der Institution nicht ausreichten und sich Motivations- und Überzeugungsarbeit nicht in Einsicht beim Patienten umsetzen ließ.

Bedenklichkeiten zeigen sich auch beim Blick auf die Bemühungen der Abteilung, drohende Behandlungsabbrüche zu vermeiden. Das überproportional häufige passive Akzeptieren des Behandlungsabbruchs von prognostisch ungünstigen und stark gefährdeten Patienten muß zumindest kritisch betrachtet werden. Generell hat sich die Abteilung - einer bekannten allgemeinen Tendenz entsprechend - um Frauen bevorzugt bemüht. Außerdem galten solche intensiven Bemühungen Patienten mit einem relativ guten beruflichen und sozialen Gerüst, welches zur besseren Sicherheit vor einem sozialen Abstieg und einer Verschlech-

terung der Gesamtsituation gesichert werden sollte, was besondere Bemühungen hier verständlich und sinnvoll erscheinen läßt.

Unterzieht man diese Ergebnisse einer kritischen Gesamtwürdigung und zieht einschränkend in Betracht, daß die Auswertung des vorliegenden Materials sicher nicht alle eine Selektion bestimmenden Faktoren erfassen konnte und wiederholt Interpretationen auf der Grundlage des Gesamtkontextes erforderlich machte, so lassen sich gleichwohl einige unabweisbare Schlußfolgerungen und kritische Fragen formulieren.

Die Patientenversorgung des Berliner Bezirks Charlottenburg hat sich nach dem Kriege mit verschiedenen, auch universitären Versorgungssystemen unterschiedlicher psychiatrischer Behandlungsansätze und einer sehr großen Zahl niedergelassener Nervenärzte reich entwikkelt. Charlottenburg ist so zu einem der bestversorgten Bezirke innerhalb Berlins geworden. In diesen, eher eine Über- als eine Unterversorgung kennzeichnenden Rahmen hinein wurde die Abteilung für Sozialpsychiatrie als an den Vorschlägen der Psychiatrie-Enquete orientiertes Modell einer sektorisiert arbeitenden und - im Gegensatz zu den meisten universitären Einrichtungen - nicht selektierenden Patientenversorgung 1974 als universitäre sozialpsychiatrische Versorgungseinrichtung mit einem entsprechenden Forschungsauftrag eingerichtet.

Unter den beschriebenen historischen Vorbedingungen ließ sich das intendierte Konzept offenbar nur schwer realisieren. Unsere Untersuchungen weisen auf erhebliche Schwierigkeiten sowohl in der Durchsetzung einer unausgelesenen Patientenversorgung nach außen wie in der Internalisierung dieses Anliegens hin. Die massive Vorselektion des Patientenangebotes durch die überweisenden Institutionen war offenbar ein unüberwindliches Hindernis für die Umsetzung des Konzepts. Es läßt sich feststellen, daß die Abteilung nicht in der Lage war, das ihr von außen aufoktroyierte Image einer zur Anschlußbe-

handlung dienenden rehabilitativen Einrichtung für chronische Psychotiker sowie für bevorzugte Patienten, denen man eine besonders gute "Nachbehandlung" ermöglichen wollte, zu verhindern, wobei die Frage offen bleibt, ob sie diese Vorstellungen überhaupt hätte korrigieren können. Unverkennbar ist, daß sie diese zunehmend auch im Rahmen des ihr verbliebenen Spielraums sehr weitgehend übernommen hat.

Mit einem Hinweis auf Belegungsdruck und Aufnahmezwänge allein läßt sich diese Tatsache angesichts der hohen Quote angebotener, aber nicht aufgenommener Patienten nicht rechtfertigen. Es muß also nach den Gründen für ein solches Verhalten gefragt werden, und eine solche Frage kann anhand unserer Ergebnisse zumindest bedingt auch beantwortet werden. Zwar kann angenommen werden, daß eine unausgelesene Vielfalt psychiatrischer Erkrankungen das sich zunehmend den Erfordernissen der typischen Angebotsklientel anpassende Instrumentarium der Abteilung überforderte. Es ist aber auch festzuhalten, daß sich sowohl bei den im Aufnahmeverfahren abgelehnten Patienten ebenso wie bei den bald wieder aus der Abteilung entlassenen eine Reihe von Merkmalen zeigte, die den - zusätzlich zu den diagnostischen Einengungen - bei den Anbietern feststellbaren Vorstellungen nicht unähnlich waren und daß die Art der festgestellten Auslesetendenzen mit sozialpsychiatrischen Vorstellungen einer gleichgewichteten, wenn nicht sogar besonderen Zuwendung gerade zu schwierigen, sozial sehr schwachen und abgesunkenen und damit prognostisch ungünstigen sowie bezüglich kurzfristig erlebbarer klarer Erfolge enttäuschenden Patienten teilweise nicht vereinbar scheinen.

Beim Rückblick auf unsere Untersuchungsergebnisse ist deshalb auch zu fragen, ob die Abteilung jenseits unbeeinflußbarer Vorgegebenheiten ihren Ansprüchen voll gerecht wurde. Die erwähnten, in unseren verschiedensten Untersuchungssettings wiederholt bestätigten Ergebnisse legen es nahe zu vermuten, daß auch die Abteilung für Sozialpsychiatrie der Versuchung, sich eher um aussichtsreichere und für den therapeutischen Zugriff einfachere und dankbarere Patienten einzusetzen, entgegen ihrem Wollen und sicherlich weitgehend unbe-

merkt nicht ganz entgangen ist. Sie hat damit in einem gewissen Ausmaß sowohl ihren Willen zu einem gleichwertigen Versorgungsangebot für alle Patienten ihres Versorgungsgebietes wie spezifische soziale Aspekte ihres Anliegens teilweise vernachlässigt zugunsten einer Anpassung an allgemeine Vorstellungen über ihre Wirkungsmöglichkeiten als ein spezifisches Rehabilitationsinstrument für hierfür erwünschte und geeignete Patienten.

VI. ANHANG

Freie Universität Berlin · Abteilung für Sozialpsychiatrie

AUFNAHMEBOGEN

Grunddaten

HHHHHH (Bei SM-Beschriftung einjustieren)

Name _____ Vorname _____ geboren 19__ Alter _____ Jahre

Geschlecht
- ☐ männlich
- ☐ weiblich

Staatsangehörigkeit
- ☐ Deutsch
- ☐ Andere (_____)

Familienstand
- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ getrennt
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet

1000 Berlin _____ straße Nr. _____

Kontakte

Datum	Hilfe											Ambulant	Komb. Pat.	Hospitalisiert	Sonstige
	Niedergelassener Nervenarzt	Soz. Psych. Dienst	Psychiatrische Klinik	Psychiatrisches Krankenhaus	Heim	Soz. Psych. Dienst	Nervenarzt	Psychiatrische Klinik	Psychiatrisches Krankenhaus	Heim	Sonstige	Niedergelassener Nervenarzt	Psychiatrische Klinik	Psychiatrisches Krankenhaus	Heim	Sonstige	Bei Einträgen auf Blatt 2 bitte ankreuzen!
																	○
																	○
																	○
																	○
																	○
																	○
																	○
																	○

Vorgeschichte

Jetziger Aufenthalt (bei hospitalisierten Patienten)

seit _____ 19_____

= ca. _____ Wochen (bezogen auf erstes Kontaktdatum)

Einweisungsmodus (bei hospital. Patienten)
- ☐ freiwillig
- ☐ nicht freiwillig

Stationäre Vorbehandlung (einschl. jetziger und halbstationärer Vorbehandlung)
- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3-5
- ☐ öfter
- ☐ mindestens 1
- ☐ mehr als 1

Ambulante Vorbehandlung (innerhalb 1 Jahr vor jetzigem Kontakt)
- ☐ keine
- ☐ Nervenarzt
- ☐ Soz. Psych. D.
- ☐ Psychiatr. Institution
- ☐ Sonstiger Facharzt
- ☐ Praktischer Arzt

Soziale Vorbetreuung
- ☐ keine
- ☐ Soz. Psych. D.
- ☐ Psychiatr. Institution
- ☐ Sonstige

Sozialdaten

Beruf (höchste Ausbildungsstufe bzw. höchste erreichte Tätigkeit): _____

Letzte Tätigkeit: _____

Arbeitssituation
- ☐ Arbeitet zur Zeit
- ☐ Arbeitet zur Zeit nicht
- ☐ Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz vorhanden
- ☐ Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz nicht vorhanden
- ☐ Hausfrau

Unterhalt
- ☐ Arbeitseinkommen
- ☐ Krankengeld
- ☐ Arbeitslosenunterstützung
- ☐ Ausbildungshilfe
- ☐ Sozialhilfe
- ☐ Rente
- ☐ Ersparnisse/Vermögen
- ☐ Partner
- ☐ Sonstige Angehörige
- ☐ Freunde

Wohnung
- ☐ allein
- ☐ mit Partner
- ☐ mit sonstigen Angehörigen
- ☐ mit Freunden
- ☐ beschützende Wohnsituation
- ☐ ohne Wohnung

Medikation

am 19

am 19

am 19

Diagnosen der Überweisungsinstanz

ICD

ICD

ICD

Zusammenfassung (Vorgeschichte, Zustandsbild, aktuelle Situation)

Endgültige Entscheidung

am 19 = ca Wochen nach Aufnahme (bei hospitalisierten Patienten)

ZUGANG ☐ aus stationärer Behandlung ☐ nicht aus stationärer Behandlung

NACH ☐ Station ☐ TK Gast ☐ Tagesklinik ☐ Nachtklinik ☐ Werkstatt ☐ Ambulanz

☐ abgelehnt ☐ Patient will nicht ☐ ausgeschieden

BEGRÜNDUNG

Vorläufige eigene Diagnose

(einzutragen zum Zeitpunkt der Aufnahme in Behandlung bzw. der Ablehnung)

ICD

ICD

ICD

Ergebnis mitgeteilt am 19 an Unterschrift

☐ telefonisch ☐ mündlich ☐ durch Vordruck ☐ durch Brief

Einträge bei Kontakten

Datum

PAT. NR.: /

I	II
III	IV

ABTEILUNG FÜR SOZIALPSYCHIATRIE DER FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN

Name	Vorname	Geb. am	Konf.	Pflegsch. ☐	Vormundsch. ☐	Kostenträger

Anschrift 1-	Tel.	Angehörige	Tel.
1. Änderg. 1-	Tel.		Tel.
2. Änderg. 1-	Tel.	Arbeitgeber (Firma):	
Therapeuten:		Anschrift:	
/ / /		Tel.	

Ausführliche Begründung der Entlassung aus unserer Behandlung (bei Wiederaufnahmesperre Pat. Nr. durchkreuzen):

Weiterbehandlung durch:

Abschlußdiagnosen:	1.	ICD
	2.	ICD
	3.	ICD

AUS	Intens. Stat.		Rehn. Stat.		TK-Gast		TK		TKN		NK		NKW		Werkstatte		Ambulanz		NACH
	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	

MOTIVATIONSVARIABLEN

Gründe der Nichtaufnahme
(Die Gründe schließen sich gegenseitig nicht aus.)

I. VON DER ABTEILUNG AUSGEHENDE NICHT-AUFNAHME ("abgelehnt")

FEHLINDIKATION

Ausschlußindikationen

1 Wohnsitz
2 Alter
Abhängigkeit:
3 Alkohol, 4 Medikamente, 5 Drogen, 6 polyvalente Sucht
7 Schwachsinn
8 Epilepsie
9 nicht psychisch krank (i. S. des ICD)

10 Therapeutische Fehlindikation. Patient ist durch die Mittel und Möglichkeiten der Abteilung praktisch nicht zu fördern ("nicht therapiefähig", "keine Reha-Perspektive", "Behandlungsangebot ungeeignet" (ohne daß Überweisungsindikation vorliegt) etc.).

11 Therapeutische Fehlindikation für Teilinstitution. Aufnahme des Patienten in die vorgeschlagene/vorgesehene Teilinstitution der Abteilung ist nicht sinnvoll.

13 Überweisungsindikation. Überzeugende Wahrscheinlichkeit besserer Chancen bei Behandlung oder Weiterbehandlung in einer anderen Institution oder Betreuung auf einem anderen Wege (z. B. vollstationäre Behandlung, Reha-Abteilung in NKS, Heim, ambulante analytische Psychotherapie).

14 Störindikation. Keine Aufnahme, da Patient den anderen Patienten schaden bzw. das therapeutische Milieu der Abteilung erheblich beeinträchtigen würde und dies nicht zu rechtfertigen ist.

ÜBERFORDERUNGEN

15 Würde uns durch das Verhalten des Patienten und die Schwierigkeiten bei der Behandlung psychologisch und/oder zeitlich überfordern ("zu schwierig").

16 Würde uns durch das Verhalten der Angehörigen bzw. die Notwendigkeit von deren Einbeziehung psychologisch und/oder zeitlich überfordern.

SPEZIALFÄLLE

17 Patient lehnt die von uns für nötig erachteten speziellen Therapiemaßnahmen ab, obwohl nur diese Behandlungsform sinnvoll scheint ("will nicht, was wir wollen").

18 Die Angehörigen lehnen die von uns für nötig erachteten speziellen Therapiemaßnahmen ab und/oder steuern ihnen entgegen, obwohl nur diese Behandlungsform sinnvoll scheint.

19 Es besteht keine unbedingte Therapienotwendigkeit, da der Patient im Leben zurechtkommt und/oder anderweitig ausreichend betreut und gestützt wird (z. B. durch Familie).

II. VOM PATIENTEN AUSGEHENDE NICHT-AUFNAHME ("will nicht")

21 Patient lehnt jede weitere psychiatrische Behandlung ab.

22 Patient begibt sich aktiv in andere Behandlung (keine Überweisungsindikation).

23 Patient lehnt unsere Behandlung ab, für anderweitige Versorgung ist offenbar nicht gesorgt.

24 Patient lehnt unsere Behandlung ab, für anderweitige Versorgung (durch Angehörige, SpD, sonstige Behandlung) ist offenbar gesorgt.

25 Patient lehnt z. Z. Aufnahme ab, will sich evtl. später von selbst melden (z. B. will erst einmal versuchen zu arbeiten, geht erst einmal zu Angehörigen nach Westdeutschland etc.).

III. AUS DEM AUFNAHMEVERFAHREN AUSGESCHIEDEN ("ausgeschieden")

30 Aufnahme aus äußeren Gründen unmöglich (Wegzug in die BRD, Patient verstorben etc.).

31 Patient wurde bzw. hat sich aus vorbehandelnder Institution entlassen.

IV. SONSTIGE AUFNAHMEUNMÖGLICHKEITEN ("ausgeschieden")

35 Patient aus den Augen verloren.

36 Patient erscheint nicht zum Termin bzw. Aufnahme, Gründe nicht eruierbar (z. B. auch keine Reaktion auf Anschreiben).

37 Keine Eintragung im Bogen.

38 Angehörige des Patienten lehnen jegliche Behandlung durch die Abteilung ab ("Angehörige wollen nicht").

Entlassungsgründe
(Die Gründe schließen sich gegenseitig nicht aus.)

I. VON DER ABTEILUNG AUSGEHENDE ENTLASSUNG "sekundäre Ablehnung")

FEHLINDIKATION

Ausschlußindikationen
1 Wohnsitz
2 Alter
Abhängigkeit:
3 Alkohol, 4 Medikamente, 5 Drogen, 6 polyvalente Sucht
7 Schwachsinn
8 Epilepsie
9 nicht psychisch krank (i. S. des ICD)

10 Therapeutische Fehlindikation. Nach der Aufnahme stellt sich zunehmend heraus, daß Patient durch Mittel und Möglichkeiten der Abteilung praktisch nicht zu fördern ist (z. B. "nicht therapiefähig", "keine Reha-Perspektive", "Behandlungsangebot ungeeignet" (ohne daß Überweisungsindikation vorliegt) etc.).

12 Entlastungsindikation. Entlassung des Patienten, weil weitere Betreuung keinerlei Gewinn auf Seiten des Patienten bringt oder ihm sogar schadet (z. B. zu großer Krankheitsgewinn, Hospitalisierung).

13 Überweisungsindikation. Überzeugende Wahrscheinlichkeit besserer Chancen bei Behandlung oder Weiterbehandlung in einer anderen Institution oder Betreuung auf einem anderen Wege (z. B. vollstationäre Behandlung, Reha-Abteilung in NKS, Heim, ambulante analytische Psychotherapie).

14 Störindikation. Entlassung, da Patient anderen Patienten schadet bzw. das therapeutische Milieu der Abteilung erheblich beeinträchtigt und dies nicht zu rechtfertigen ist.

ÜBERFORDERUNGEN

15 Überfordert uns durch das Verhalten des Patienten und die Schwierigkeiten bei der Behandlung psychologisch und/oder zeitlich.

16 Überfordert uns durch das Verhalten der Angehörigen bzw. die Notwendigkeit von deren Einbeziehung psychologisch und/oder zeitlich.

SPEZIALFÄLLE

17 Patient lehnt die von uns für nötig erachteten Therapiemaßnahmen ab (z. B. Verlegung in die Nachtklinik) oder steuert ihnen aktiv entgegen, obwohl nur diese Behandlungsform sinnvoll scheint ("will nicht, was wir wollen").

18 Die Angehörigen lehnen die von uns für nötig erachteten Therapiemaßnahmen ab und/oder steuern ihnen entgegen, obwohl nur diese Behandlungsform sinnvoll scheint.

II. VOM PATIENTEN AUSGEHENDE ENTLASSUNG ("Patient will nicht mehr")

20 Patient nicht an Abteilung anbindbar, bleibt gleich nach Aufnahme bzw. Übernahme weg und kommt weiterer Ansprache nicht nach.

21 Patient lehnt jede weitere psychiatrische Behandlung ab.

26 Patient begibt sich aktiv in andere Behandlung und wir halten nicht dagegen, obwohl eine Überweisungsindikation nicht vorliegt.

27 Patient kommt nicht mehr bzw. will nicht mehr von uns behandelt werden. Wir legen auch keinen Wert auf ihn, gehen ihm nicht intensiv nach.

28 Patient kommt nicht mehr bzw. will nicht mehr von uns behandelt werden, wir geben nach intensiven Bemühungen, ihn zu überzeugen oder zu überreden, auf, obwohl eine weitere Behandlung erforderlich wäre.

29 Patient kommt trotz Bemühungen nicht mehr bzw. will von uns nicht mehr behandelt werden, weiteres "Nachlaufen" scheint aber aus therapeutischen Überlegungen nicht am Platze.

III. ABSOLUTE BEHANDLUNGSUNMÖGLICHKEIT

30 Weitere Behandlung aus äußeren Gründen unmöglich (Wegzug in die BRD, Patient verstorben etc.).

32 Patient bei Gelegenheit einer Rückverlegung durch uns von Fremdinstitution eigenmächtig in eine andere Behandlung überwiesen ("nicht wiedergekriegt").

IV. AKTIVE BEHANDLUNGSBEENDIGUNG (in gegenseitigem Einverständnis)

33 Patient soll aus dem "Krankenstatus" entlassen werden (akzeptierter Ablösungswunsch).

34 Keine weitere Behandlung und Betreuung erforderlich.

V. SONDERKATEGORIE

39 Patient von uns "vergessen".

40 Angehörige entziehen Patienten unserer Behandlung ("Angehörige wollen nicht mehr").

VII. TABELLARISCHER ANHANG

zu IV.

EINZELUNTERSUCHUNGEN UND ERGEBNISSE

A 1 - A 5	Primäre Selektion
B 1 - B 5	Sekundäre Selektion

TABELLE A1

ERSTAUFNAHMEKLIENTEL DER ABTEILUNG FÜR SOZIALPSYCHIATRIE

AUFGENOMMEN - NICHT AUFGENOMMEN

ERSTAUFNAHMEKLIENTEL DER ABTEILUNG FÜR SOZIALPSYCHIATRIE

GRUNDDATEN	AUFGENOMMEN N	%	NICHT AUFGENOMMEN N	%	p* (N = 683)
	380		303		
ALTER	379		299		ns
	$\bar{x}$ 31,4 Jahre		$\bar{x}$ 33,0 Jahre		
GESCHLECHT	380		303		ss
männlich	187	49,2	181	59,7	
weiblich	193	50,8	122	40,3	
FAMILIENSTAND	377		295		ns
ledig	299	60,7	189	64,1	
verheiratet	69	18,3	45	15,3	
getrennt, geschieden, verwitwet	79	21,0	61	20,7	
WOHNBEZIRK	379		298		sss
Charlottenburg	306	80,7	194	65,1	
nicht Charlottenburg	73	19,3	104	34,9	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	378		300		ns
deutsch	357	94,4	288	96,0	
andere	21	5,6	12	4,0	

Tabelle A 1

* ns $p \geq 0,05$
s $p \leq 0,05$
ss $p \leq 0,01$
sss $p \leq 0,001$

SOZIALE VORGESCHICHTE	AUFGENOMMEN N	%	NICHT AUFGENOMMEN N	%	p* (N = 683)
	380		303		
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT	375		290		ns
Unterschicht	61	16,3	59	20,3	
Untere Mittelschicht	158	42,1	136	46,9	
Obere Mittelschicht	50	13,3	31	10,7	
Oberschicht	106	28,3	64	22,1	
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT GEMESSEN AN	375		290		ns
höchster Ausbildungsstufe	145	38,7	100	34,5	
höchster erreichter beruflicher Position	230	61,3	190	65,5	
BERUFLICHE ENTWICKLUNG	325		254		ns
erlernter Beruf bzw. frühere Tätigkeit/in Ausbildung	274	84,3	216	85,0	
kein erlernter Beruf und hat nie gearbeitet/nicht in Ausbildung	51	15,7	38	15,0	
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	324		251		ns
Unterschicht	134	41,4	112	44,6	
Untere Mittelschicht	88	27,2	80	31,9	
obere Mittelschicht	34	10,5	16	6,4	
Oberschicht	68	21,0	43	17,1	
NIVEAU GEMESSEN AN	324		251		ns
letzter Ausbildungsstufe	77	23,8	59	23,5	
letzter beruflicher Position	247	76,2	192	76,5	
FORMALER NIVEAUVERGLEICH	324		247		ns
Niveauverlust	103	31,8	74	30,0	
kein Niveauverlust	221	68,2	174	70,0	
EINSCHÄTZUNG DES BERUFLICHEN UND SOZIALEN ABSTIEGS	317		240		ns
Abstieg	100	31,5	77	32,1	
kein Abstieg	217	68,5	163	67,9	

Tabelle A 1

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	AUFGENOMMEN N	%	NICHT AUFGENOMMEN N	%	p* (N = 683)
	380		303		
ARBEITSPLATZ	371		286		sss
vorhanden	176	47,4	94	32,9	
Hausfrau	28	7,5	21	7,3	
ohne	167	45,0	171	59,8	
ARBEITSSITUATION (einschl. Hausfrauen)	373		296		ns
Patient arbeitet	30	8,0	22	7,4	
Patient arbeitet nicht	343	92,0	274	92,6	
UNTERHALT	368		279		ss
Einkommen aus Arbeit	187	50,8	114	40,9	
Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung	98	26,6	108	38,7	
sonstige Einkünfte	83	22,6	57	20,4	
WOHNSITUATION	361		260		ns
allein	162	44,9	115	44,2	
mit anderen	199	55,1	145	55,8	
WOHNSITUATION	375		289		ss
allein	162	43,2	115	39,8	
mit anderen	199	53,1	145	50,2	
ohne Wohnung	14	3,7	29	10,0	

Tabelle A 1

ANAMNESTISCHE DATEN	AUFGENOMMEN N	%	NICHT AUFGENOMMEN N	%	p* (N = 683)
	380		303		
AMBULANTE VORBEHANDLUNG	364		286		ns
psychiatrische Vorbehandlung	212	58,2	169	59,1	
Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte	23	6,3	18	6,3	
keine	129	35,4	99	34,6	
SOZIALE VORBETREUUNG	340		262		ns
ja	109	32,1	103	39,3	
nein	231	67,9	159	60,7	
SOZIALE VORBETREUUNG	340		262		s
durch psychiatrische Institution	89	26,2	72	27,5	
durch sonstige Institution	19	5,6	30	11,5	
keine	232	68,2	160	61,1	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	373		298		ns
keine	17	4,6	19	6,4	
eine bzw. mindestens eine	103	27,6	100	33,6	
mehr als eine	253	67,8	179	60,1	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	368		277		ns
keine	17	4,6	19	6,9	
eine	101	27,4	82	29,6	
zwei	94	25,5	54	19,5	
drei bis fünf	98	26,6	78	28,2	
mehr als fünf	58	15,8	44	15,9	
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	274		199		ns
freiwillig	158	57,7	108	54,3	
nicht freiwillig	116	42,3	91	45,7	

Tabelle A 1

DIAGNOSTISCHE DATEN	AUFGENOMMEN N	%	NICHT AUFGENOMMEN N	%	p* (N = 683)
	380		303		
DIAGNOSE	369		266		sss
Schizophrenie	230	62,3	134	50,4	
andere Psychosen	63	17,1	41	15,4	
Neurosen	65	17,6	69	25,9	
sonstige	11	3,0	22	8,3	
DIAGNOSE	369		266		ss
Schizophrenie	230	62,3	134	50,4	
nicht Schizophrenie	139	37,7	132	49,6	
DIAGNOSE	369		266		sss
295.0/295.1	11	3,0	14	5,3	
295.3	130	35,2	42	15,8	
295.6	28	7,6	27	10,2	
sonstige Schizophrenien	61	16,5	51	19,2	
affektive Psychosen	31	8,4	19	7,1	
sonstige Psychosen	32	8,7	22	8,3	
Neurosen	65	17,6	69	25,9	
sonstige	11	3,0	22	8,3	
CHRONIZITÄT	283		130		ns
sicher chronisch	27	9,5	17	13,1	
nicht sicher chronisch	256	90,5	113	86,9	

Tabelle A 1

AUFNAHMEVERFAHREN	AUFGENOMMEN N 380	%	NICHT AUFGENOMMEN N 303	%	p* (N = 683)
ÜBERWEISUNGSINSTANZ	376		301		ns
psychiatrische Klinik, psychiatrisches Heim	286	76,1	220	73,1	
(Fach-)Arzt, Sozialpsychiatrischer Dienst, sonst.	58	15,4	56	8,3	
Patient, Angehörige und Bezugspersonen	32	8,5	25	18,6	
ZUGANG IN DIE ABTEILUNG	377		302		ns
aus stationärer Behandlung	269	71,4	212	70,2	
nicht aus stationärer Behandlung	108	28,6	90	29,8	
EXTRAMURALE VORKONTAKTE	373		294		sss
keine	155	41,6	125	42,5	
1	128	34,3	51	17,3	
mehr als 1	90	24,1	118	40,1	
SCHRIFTLICHE KONTAKTE	373		294		ss
keine	373	100,0	285	96,9	
mehr als 1	0	0,0	9	3,0	
TELEFONISCHE KONTAKTE	373		294		s
keine	192	51,5	144	49,0	
1	110	29,5	69	23,5	
mehr als 1	71	19,0	81	27,6	
KONTAKTE MIT VORBEHANDELNDEN THERAPEUTEN	375		295		sss
keine	60	16,0	29	9,8	
1	139	37,1	73	24,7	
mehr als 1	176	46,9	193	65,4	
KONTAKTE MIT ANGEHÖRIGEN UND BEZUGSPERSONEN	375		295		ns
keine	339	90,4	270	91,5	
1	31	8,3	18	6,1	
mehr als 1	5	1,3	7	2,4	

Tabelle A 1

	AUFGENOMMEN		NICHT AUFGENOMMEN		
	N	%	N	%	p*
	380		303		(N = 683)
KONTAKTE MIT PATIENTEN	375		295		sss
keine	14	3,7	144	48,4	
1	220	58,7	89	30,2	
mehr als 1	141	37,6	62	21,0	
PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN	373		294		sss
ja	358	96,0	146	49,7	
nein	15	4,0	148	50,3	
ERSTER PERSÖNLICHER KONTAKT MIT DEM PATIENTEN BEIM	358		147		ns
1. Kontakt	87	24,3	42	28,6	
2. Kontakt	195	54,5	74	50,3	
3. bis n-ten Kontakt	76	21,2	31	21,1	
EXTRAMURALE PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN	372		294		sss
ja	88	23,7	34	11,6	
nein	284	76,3	260	88,4	
PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN IN ABTEILUNG	372		294		sss
keine	34	9,1	162	55,1	
1	277	74,5	107	36,4	
mehr als 1	61	16,1	25	8,5	
AUFNAHMEINTERVIEW IN ABTEILUNG	378		297		sss
ja	344	91,0	131	44,1	
nein	34	9,0	166	55,9	
KONTAKTE NACH ERSTEM PERSÖNLICHEN KONTAKT MIT DEM PATIENTEN	189		97		ns
1	109	57,7	51	52,6	
mehr als 1	80	42,3	46	47,4	

Tabelle A 1

	AUFGENOMMEN		NICHT AUFGENOMMEN		p*
	N	%	N	%	(N = 683)
	380		303		
MITARBEITER PRO KONTAKT	376		293		sss
Überwiegend ein Mitarbeiter (1,0 - 1,25)	103	27,4	151	51,5	
wechselnd 1 oder 2 Mitarbeiter (1,26 - 1,75)	195	51,9	108	36,9	
überwiegend 2 Mitarbeiter (1,76 - 2,0)	78	20,7	34	11,6	
AKADEMIKER PRO KONTAKT	376		293		ns
selten (0 - 0,5)	89	23,7	54	18,4	
häufig (0,51 - 2)	287	76,3	239	81,6	
SONSTIGE MITARBEITER PRO KONTAKT	376		293		sss
selten (0 - 0,5)	187	49,7	191	65,2	
häufig (0,51 - 2)	189	50,3	102	34,8	
MITARBEITER VOR DEM ERSTEN PERSÖNLICHEN KONTAKT	271		105		s
immer nur ein Mitarbeiter	180	66,4	84	80,0	
gelegentlich oder öfter mehr als ein Mitarbeiter (1,1 - 2)	91	33,6	21	20,0	
DURCHSCHNITTL. ANZAHL DER MITARBEITER NACH DEM ERSTEN KONTAKT	189		96		ns
immer nur ein Mitarbeiter	90	47,6	58	60,4	
gelegentlich oder öfter mehr als ein Mitarbeiter (1,1 - 2)	99	52,4	38	39,6	

Tabelle A 1

ZEITVERLAUF DES AUFNAHMEVERFAHRENS	AUFGENOMMEN N 380	NICHT AUFGENOMMEN N 303	p* (N = 683)
Stationäre Behandlungsdauer bis zum ersten Kontakt (bei Zugang aus stationärer Behandlung)	281 6,000 WOCHEN	202 3,688 WOCHEN	sss
Stationäre Behandlungsdauer bis zur endgültigen Entscheidung (bei Zugang aus stationärer Behandlung)	282 8,273 WOCHEN	192 8,100 WOCHEN	ns
Dauer vom ersten bis zum letzten Kontakt vor der endgültigen Entscheidung	378 1,178 WOCHEN	298 1,565 WOCHEN	ss
Dauer vom ersten Kontakt bis zur endgültigen Entscheidung	378 1,250 WOCHEN	274 2,080 WOCHEN	sss
Anzahl der Kontakte bis zur endgültigen Entscheidung	379 2,544	303 2,625	ns

Tabelle A 1

TABELLE A2

VORSELEKTION DURCH ANBIETENDE INSTITUTIONEN

CHARLOTTENBURGER POPULATION - ANGEBOT - AUFNAHME AUS ANGEBOT

VORSELEKTION DURCH ANBIETENDE INSTITUTIONEN

GRUNDDATEN	CHARLOTTENBURGER POPULATION N	%	ANGEBOT AN DIE ABTEILUNG N	%	AUFNAHME AUS DEM ANGEBOT N	%	p* (N = 938)
	378		340		220		
GESCHLECHT	378		340		220		ss
männlich	149	39,4	168	49,4	95	43,2	ss
weiblich	229	60,6	172	50,6	125	56,8	ns
FAMILIENSTAND	378		338		219		ss
ledig	155	41,0	202	59,8	127	58,0	ns
verheiratet	122	32,3	65	19,2	45	20,5	ss
getrennt, geschieden, verwitwet	101	26,7	71	21,0	47	21,5	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	378		340		220		s
deutsch	364	96,3	316	92,9	202	91,8	ns
andere	14	3,7	24	7,1	18	8,2	s

Tabelle A 2

* ns $p \geq 0,05$
s $p \leq 0,05$
ss $p \leq 0,01$
sss $p \leq 0,001$

p_1 = CH. POP. vs. ANGEBOT
p_2 = ANGEBOT vs. AUFNAHME
p_3 = AUFNAHME vs. CH. POP.

SOZIALE VORGESCHICHTE	CHARLOTTENBURGER POPULATION N	%	ANGEBOT AN DIE ABTEILUNG N	%	AUFNAHME AUS DEM ANGEBOT N	%	p* (N = 938)
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	364		292		188		
Unterschicht	150	41,2	123	42,1	76	40,4	ss
Untere Mittelschicht	152	41,8	85	29,1	52	27,7	ns
Obere Mittelschicht	36	9,9	22	7,5	18	9,6	ss
Oberschicht	26	7,1	62	21,2	42	22,3	

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	CHARLOTTENBURGER POPULATION N	%	ANGEBOT AN DIE ABTEILUNG N	%	AUFNAHME AUS DEM ANGEBOT N	%	p* (N = 938)
SOZIALHILFE	367		329		214		ss
ja	29	7,9	57	17,3	28	13,1	ns
nein	338	92,1	272	82,7	186	86,9	ns

ANAMNESTISCHE DATEN	CHARLOTTENBURGER POPULATION N	%	ANGEBOT AN DIE ABTEILUNG N	%	AUFNAHME AUS DEM ANGEBOT N	%	p* (N = 938)
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	377		330		214		ss
freiwillig	305	81,0	179	54,2	120	56,1	ns
nicht freiwillig	72	19,0	151	45,8	94	43,9	ss

Tabelle A 2

DIAGNOSTISCHE DATEN	CHARLOTTENBURGER POPULATION N	%	ANGEBOT AN DIE ABTEILUNG N	%	AUFNAHME AUS DEM ANGEBOT N	%	p* (N = 938)
	378		340		220		
DIAGNOSE	378		340		220		ss
Schizophrenie	94	24,8	229	67,4	153	69,5	ns
andere Psychosen	83	21,9	61	18,0	42	19,1	ss
Neurosen	201	53,2	50	14,7	25	11,4	
sonstige	-	-	-	-	-	-	
DIAGNOSE	378		340		220		ss
Schizophrenie	94	24,8	229	67,4	153	69,5	ns
nicht Schizophrenie	284	75,1	111	32,7	67	30,5	ss
DIAGNOSE	378		340		220		ss
295.0/295.1	13	3,4	8	2,4	3	1,4	ns
295.3	27	7,1	111	32,6	87	39,5	ss
295.6	23	6,1	36	10,6	20	9,1	
sonstige Schizophrenien	31	8,2	74	21,8	43	19,5	
affektive Psychosen	50	13,2	25	7,4	20	9,1	
sonstige Psychosen	33	8,7	36	10,6	22	10,0	
Neurosen	201	53,2	50	14,7	25	11,4	
sonstige	-	-	-	-	-	-	
CHRONIZITÄT	378		303		219		s
sicher chronisch	35	9,3	47	15,5	30	13,7	ns
sicher nicht chronisch	343	90,7	256	84,5	189	86,3	ns

Tabelle A 2

TABELLE A3

AUFNAHMESELEKTION DURCH DIE ABTEILUNG FÜR SOZIALPSYCHIATRIE

AUFGENOMMEN - NICHT AUFGENOMMEN	
(ohne Ausschlußindikation)	(ohne Ausschlußindikation)

AUFNAHMESELEKTION DURCH DIE ABTEILUNG FÜR SOZIALPSYCHIATRIE

GRUNDDATEN	AUFGENOMMEN N	%**	NICHT AUFGENOMMEN N	%**	p* (N = 479)
	303		176		
ALTER	303	63,3	176	36,7	ns
	$\bar{x}$ 32,727 Jahre		$\bar{x}$ 32,500 Jahre		
GESCHLECHT	303	63,3	176	36,7	s
männlich	142	57,7	104	42,3	
weiblich	161	69,1	72	30,9	
FAMILIENSTAND	301	63,5	173	36,5	ns
ledig	181	62,0	111	38,0	
verheiratet	54	62,8	32	37,2	
getrennt, geschieden, verwitwet	66	68,8	30	31,3	
WOHNBEZIRK	302	63,7	172	36,3	ns
Charlottenburg	302	63,7	172	36,3	
nicht Charlottenburg	-	-	-	-	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	301	63,2	175	36,8	ns
deutsch	281	62,9	166	37,1	
andere	20	69,0	9	31,0	

Tabelle A 3

* ns $p \geq 0,05$
s $p \leq 0,05$
ss $p \leq 0,01$
sss $p \leq 0,001$

** in dieser Tabelle Zeilenprozente

SOZIALE VORGESCHICHTE	AUFGENOMMEN N 303		%**	NICHT AUFGENOMMEN N 176		%**	p* (N = 479)
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT	298		63,9	168		36,1	ns
Unterschicht		52	57,1		39	42,9	
Untere Mittelschicht		125	63,1		73	36,9	
Obere Mittelschicht		36	64,3		20	35,7	
Oberschicht		85	70,2		36	29,8	
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT GEMESSEN AN	298		63,9	168		36,1	ns
höchster Ausbildungsstufe		112	65,5		59	34,5	
höchster erreichter beruflicher Position		186	63,1		109	36,9	
BERUFLICHE ENTWICKLUNG	255		63,6	146		36,4	ns
erlernter Beruf bzw. frühere Tätigkeit/in Ausbildung		215	64,0		121	36,0	
kein erlernter Beruf und hat nie gearbeitet/nicht in Ausbildung		40	61,5		25	38,5	
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	254		63,2	148		36,8	ns
Unterschicht		108	60,0		72	40,0	
Untere Mittelschicht		71	63,4		41	36,6	
obere Mittelschicht		24	72,7		9	27,3	
Oberschicht		51	66,2		26	33,8	
NIVEAU GEMESSEN AN	254		63,2	148		36,8	ns
letzter Ausbildungsstufe		58	62,4		35	37,6	
letzter beruflicher Position		196	63,4		113	36,6	
FORMALER NIVEAUVERGLEICH	254		63,7	145		36,3	ns
Niveauverlust		82	66,1		42	33,9	
kein Niveauverlust		172	62,5		103	37,5	
EINSCHÄTZUNG DES BERUFLICHEN UND SOZIALEN ABSTIEGS	249		64,3	138		35,7	ns
Abstieg		78	63,4		45	36,6	
kein Abstieg		171	64,8		93	35,2	

Tabelle A 3

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	AUFGENOMMEN N 303		%**	NICHT AUFGENOMMEN N 176		%**	p* (N = 479)
ARBEITSPLATZ	296		63,8	168		36,2	ss
vorhanden		139	73,2		51	26,8	
Hausfrau		23	59,0		16	41,0	
ohne		134	57,0		101	43,0	
ARBEITSSITUATION (einschl. Hausfrauen)	299		63,2	174		36,8	ns
Patient arbeitet		17	58,6		12	41,4	
Patient arbeitet nicht		282	63,5		162	36,5	
UNTERHALT	293		63,7	167		36,3	s
Einkommen aus Arbeit		149	70,0		64	30,0	
Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung		80	55,2		65	44,8	
sonstige Einkünfte		64	62,7		38	37,3	
WOHNSITUATION	285		65,2	152		34,8	ns
allein		131	67,5		63	32,5	
mit anderen		154	63,4		89	36,6	
WOHNSITUATION	299		63,6	171		36,4	s
allein		131	67,5		63	32,5	
mit anderen		154	63,4		89	36,6	
ohne Wohnung		14	42,4		19	57,6	

Tabelle A 3

ANAMNESTISCHE DATEN	AUFGENOMMEN N		%**	NICHT AUFGENOMMEN N		%**	p* (N = 479)
	303			176			
AMBULANTE VORBEHANDLUNG	294		63,6	168		36,4	ns
psychiatrische Vorbehandlung		165	64,0		93	36,0	
Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte		18	64,3		10	35,7	
keine		111	63,1		65	36,9	
SOZIALE VORBETREUUNG	275		64,0	155		36,0	ns
ja		95	60,1		63	39,9	
nein		180	66,2		92	33,8	
SOZIALE VORBETREUUNG	275		64,0	155		36,0	ns
durch psychiatrische Institution		78	60,9		50	39,1	
durch sonstige Institution		17	56,7		13	43,3	
keine		180	66,2		92	33,8	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	299		63,1	175		36,9	ns
keine		8	44,4		10	55,6	
eine bzw. mindestens eine		82	58,2		59	41,8	
mehr als eine		209	66,3		106	33,7	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	295		64,6	162		35,4	ns
keine		8	44,4		10	55,6	
eine		81	62,8		48	37,2	
zwei		72	69,2		32	30,8	
drei bis fünf		85	64,9		46	35,1	
mehr als fünf		49	65,3		26	34,7	
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	231		65,3	123		34,7	ns
freiwillig		127	66,8		63	33,2	
nicht freiwillig		104	63,4		60	36,6	

Tabelle A 3

DIAGNOSTISCHE DATEN	AUFGENOMMEN N 303		%**	NICHT AUFGENOMMEN N 176		%**	p* (N = 479)
DIAGNOSE	294		65,3	156		34,7	ns
Schizophrenie		193	67,7		92	32,3	
andere Psychosen		50	66,7		25	33,3	
Neurosen		51	56,7		39	43,3	
sonstige		-	-		-	-	
DIAGNOSE	294		65,3	156		34,7	ns
Schizophrenie		193	67,7		92	32,3	
nicht Schizophrenie		101	61,2		64	38,8	
DIAGNOSE	294		65,3	156		34,7	ss
295.0/295.1		7	50,0		7	50,0	
295.3		109	78,4		30	21,6	
295.6		27	56,3		21	43,8	
sonstige Schizophrenien		50	59,5		34	40,5	
affektive Psychosen		25	71,4		10	28,6	
sonstige Psychosen		25	62,5		15	37,5	
Neurosen		51	56,7		39	43,3	
sonstige		-	-		-	-	
CHRONIZITÄT	236		74,9	79		25,1	ns
sicher chronisch		31	66,0		16	34,0	
nicht sicher chronisch		205	76,5		63	23,5	

Tabelle A 3

AUFNAHMEVERFAHREN	AUFGENOMMEN N		%**	NICHT AUFGENOMMEN N		%**	p* (N = 479)
	303			176			
ÜBERWEISUNGSINSTANZ	301		63,1	176		36,9	ns
psychiatrische Klinik, psychiatrisches Heim		240	63,8		136	36,2	
(Fach-)Arzt, Sozialpsychiatrischer Dienst, sonst.		44	60,3		29	39,7	
Patient, Angehörige und Bezugspersonen		17	60,7		11	39,3	
ZUGANG IN DIE ABTEILUNG	301		63,1	176		36,9	ns
aus stationärer Behandlung		223	63,5		128	36,5	
nicht aus stationärer Behandlung		78	61,9		48	38,1	
EXTRAMURALE VORKONTAKTE	298		63,8	169		36,2	sss
keine		107	66,5		54	33,5	
1		104	80,0		26	20,0	
mehr als 1		87	49,4		89	50,6	
SCHRIFTLICHE KONTAKTE	298		63,8	169		36,2	s
keine		298	64,4		165	35,6	
mehr als 1		0	0,0		4	100,0	
TELEFONISCHE KONTAKTE	298		63,8	169		36,2	ns
keine		149	61,6		93	38,4	
1		89	67,4		43	32,6	
mehr als 1		60	64,5		33	35,5	
KONTAKTE MIT VORBEHANDELNDEN THERAPEUTEN	299		63,8	170		36,2	sss
keine		34	70,8		14	29,2	
1		108	77,1		32	22,9	
mehr als 1		157	55,9		124	44,1	
KONTAKTE MIT ANGEHÖRIGEN UND BEZUGSPERSONEN	299		63,8	170		36,2	ns
keine		269	63,3		156	36,7	
1		26	68,4		12	31,6	
mehr als 1		4	66,7		2	33,3	

Tabelle A 3

	AUFGENOMMEN		NICHT AUFGENOMMEN		
	N	%**	N	%**	p*
	303		176		(N = 479)
KONTAKTE MIT PATIENTEN	299	63,8	170	36,2	sss
keine	13	13,0	87	87,0	
1	167	77,3	49	22,7	
mehr als 1	119	77,8	34	22,2	
PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN	298	63,8	169	36,2	sss
ja	284	78,0	80	22,0	
nein	14	13,6	89	86,4	
ERSTER PERSÖNLICHER KONTAKT MIT DEM PATIENTEN BEIM	284	78,0	80	22,0	ns
1. Kontakt	61	72,6	23	27,4	
2. Kontakt	153	79,7	39	20,3	
3. bis n-ten Kontakt	70	79,5	18	20,5	
EXTRAMURALE PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN	297	63,7	169	36,3	ss
ja	77	77,0	23	23,0	
nein	220	60,1	146	39,9	
PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN IN ABTEILUNG	297	63,7	169	36,3	sss
keine	30	22,7	102	77,3	
1	218	81,0	51	19,0	
mehr als 1	49	75,4	16	24,6	
AUFNAHMEINTERVIEW IN ABTEILUNG	302	63,7	172	36,3	sss
ja	272	80,5	66	19,5	
nein	30	22,1	106	77,9	
KONTAKTE NACH ERSTEM PERSÖNLICHEN KONTAKT MIT DEM PATIENTEN	162	74,7	55	25,3	ns
1	90	78,3	25	21,7	
mehr als 1	72	70,6	30	29,4	

Tabelle A 3

	AUFGENOMMEN		NICHT AUFGENOMMEN		
	N	%**	N	%**	p*
	303		176		(N = 479)
MITARBEITER PRO KONTAKT	300	64,2	167	35,8	ss
Überwiegend ein Mitarbeiter (1,0 - 1,25)	75	51,4	71	48,6	
wechselnd 1 oder 2 Mitarbeiter (1,26 - 1,75)	160	69,9	69	30,1	
überwiegend 2 Mitarbeiter (1,76 - 2,0)	65	70,7	27	29,3	
AKADEMIKER PRO KONTAKT	300	64,2	167	35,8	ns
selten (0 - 0,5)	71	71,7	28	28,3	
häufig (0,51 - 2)	229	62,2	139	37,8	
SONSTIGE MITARBEITER PRO KONTAKT	300	64,2	167	35,8	ss
selten (0 - 0,5)	144	58,1	104	41,9	
häufig (0,51 - 2)	156	71,2	63	28,8	
MITARBEITER VOR DEM ERSTEN PERSÖNLICHEN KONTAKT	223	79,6	57	20,4	ns
immer nur ein Mitarbeiter	137	77,8	39	22,2	
gelegentlich oder öfter mehr als ein Mitarbeiter (1,1 - 2)	86	82,7	18	17,3	
DURCHSCHNITTL. ANZAHL DER MITARBEITER NACH DEM ERSTEN KONTAKT	162	74,7	55	25,3	ns
immer nur ein Mitarbeiter	77	73,3	28	26,7	
gelegentlich oder öfter mehr als ein Mitarbeiter (1,1 - 2)	85	75,9	27	24,1	

Tabelle A 3

ZEITVERLAUF DES AUFNAHMEVERFAHRENS	AUFGENOMMEN N 303	NICHT AUFGENOMMEN N 176	p* (N = 476)
Stationäre Behandlungsdauer bis zum ersten Kontakt (bei Zugang aus stationärer Behandlung)	236 5,750 WOCHEN	122 3,167 WOCHEN	sss
Stationäre Behandlungsdauer bis zur endgültigen Entscheidung (bei Zugang aus stationärer Behandlung)	236 8,167 WOCHEN	116 7,875 WOCHEN	ns
Dauer vom ersten bis zum letzten Kontakt vor der endgültigen Entscheidung	302 1,270 WOCHEN	171 2,050 WOCHEN	sss
Dauer vom ersten Kontakt bis zur endgültigen Entscheidung	302 1,354 WOCHEN	156 2,469 WOCHEN	sss
Anzahl der Kontakte bis zur endgültigen Entscheidung	302 2,803	176 2,833	ns

Tabelle A 3

TABELLE A 4

NICHT ÜBERNOMMENE PATIENTENGRUPPEN

ABGELEHNT - "WILL NICHT" - AUSGESCHIEDEN

NICHT ÜBERNOMMENE PATIENTENGRUPPEN

GRUNDDATEN	ABGELEHNT N (52)	ABGELEHNT %**	WILL NICHT N (48)	WILL NICHT %**	AUSGESCHIEDEN N (76)	AUSGESCHIEDEN %**	p* (N = 176)
ALTER	52	29,2	48	27,3	76	43,2	ns
	30,5 JAHRE		31,8 JAHRE		33,786 JAHRE		
GESCHLECHT	52	29,5	48	27,3	76	43,2	ns
männlich	29	27,9	26	25,0	49	47,1	
weiblich	23	31,9	22	30,6	27	37,5	
FAMILIENSTAND	50	28,9	48	27,7	75	43,4	ns
ledig	31	27,9	30	27,0	50	45,0	
verheiratet	10	31,3	13	40,6	9	28,1	
getrennt, geschieden, verwitwet	9	30,0	5	16,7	16	53,3	
WOHNBEZIRK	51	29,7	48	27,9	73	42,4	ns
Charlottenburg	51	29,7	48	27,9	73	42,4	
nicht Charlottenburg	-	-	-	-	-	-	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	52	29,7	48	27,4	75	42,9	ns
deutsch	47	28,3	46	27,7	73	44,0	
andere	5	55,6	2	22,2	2	22,2	

Tabelle A 4

* ns $p \geq 0{,}05$
s $p \leq 0{,}05$
ss $p \leq 0{,}01$
sss $p \leq 0{,}001$

** in dieser Tabelle Zeilenprozente

SOZIALE VORGESCHICHTE	ABGELEHNT N 52	ABGELEHNT %**	WILL NICHT N 48	WILL NICHT %**	AUSGESCHIEDEN N 76	AUSGESCHIEDEN %**	p* (N = 176)
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT	50	29,8	46	27,4	72	42,9	ns
Unterschicht	11	28,2	10	25,6	18	46,2	
Untere Mittelschicht	18	24,7	24	32,9	31	42,5	
Obere Mittelschicht	6	30,0	5	25,0	9	45,0	
Oberschicht	15	41,7	7	19,4	14	38,9	
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT GEMESSEN AN	50	29,8	46	27,4	72	42,9	ns
höchster Ausbildungsstufe	21	35,6	14	23,7	24	40,7	
höchster erreichter beruflicher Position	29	26,6	32	29,4	48	44,0	
BERUFLICHE ENTWICKLUNG	42	28,8	40	27,4	64	43,8	s
erlernter Beruf bzw. frühere Tätigkeit/in Ausbildung	30	24,8	38	31,4	53	43,8	
kein erlernter Beruf und hat nie gearbeitet/nicht in Ausbildung	12	48,0	2	8,0	11	44,0	
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	41	27,7	40	27,0	67	45,3	ns
Unterschicht	20	27,8	18	25,0	34	47,2	
Untere Mittelschicht	9	22,0	14	34,1	18	43,9	
Obere Mittelschicht	2	22,2	3	33,3	4	44,4	
Oberschicht	10	38,5	5	19,2	11	42,3	
NIVEAU GEMESSEN AN	41	27,7	40	27,0	67	45,3	ns
letzter Ausbildungsstufe	13	37,1	7	20,0	15	42,9	
letzter beruflicher Position	28	24,8	33	29,2	52	46,0	
FORMALER NIVEAUVERGLEICH	41	29,3	39	26,9	65	44,8	ns
Niveauverlust	14	33,3	10	23,8	18	42,9	
kein Niveauverlust	27	26,2	29	28,2	47	45,6	
EINSCHÄTZUNG DES BERUFLICHEN UND SOZIALEN ABSTIEGS	40	29,0	38	27,5	60	43,5	ns
Abstieg	18	40,0	9	20,0	18	40,0	
kein Abstieg	22	23,7	29	31,2	42	45,2	

Tabelle A 4

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	ABGELEHNT N 52	%**	WILL NICHT N 48	%**	AUSGESCHIEDEN N 76	%**	p* (N = 176)
ARBEITSPLATZ	48	28,6	48	28,6	72	42,9	ns
vorhanden	13	25,5	17	33,3	21	41,2	
Hausfrau	6	37,5	7	43,8	3	18,8	
ohne	29	28,7	24	23,8	48	47,5	
ARBEITSSITUATION (einschl. Hausfrauen)	50	28,7	48	27,6	76	43,7	ns
Patient arbeitet	6	50,0	3	25,0	3	25,0	
Patient arbeitet nicht	44	27,2	45	27,8	73	45,1	
UNTERHALT	49	29,3	46	27,5	72	43,1	ns
Einkommen aus Arbeit	14	21,9	20	31,3	30	46,9	
Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung	23	35,4	15	23,1	27	41,5	
sonstige Einkünfte	12	31,6	11	28,9	15	39,5	
WOHNSITUATION	46	30,3	45	29,6	61	40,1	ss
allein	18	28,6	11	17,5	34	54,0	
mit anderen	28	31,5	34	38,2	27	30,3	
WOHNSITUATION	50	29,2	47	27,5	74	43,3	ss
allein	18	28,6	11	17,5	34	54,0	
mit anderen	28	31,5	34	38,2	27	30,3	
ohne Wohnung	4	21,1	2	10,5	13	68,4	

Tabelle A 4

ANAMNESTISCHE DATEN	ABGELEHNT N	ABGELEHNT %**	WILL NICHT N	WILL NICHT %**	AUSGESCHIEDEN N	AUSGESCHIEDEN %**	p* (N = 176)
	52		48		76		
AMBULANTE VORBEHANDLUNG	49	29,2	46	27,4	73	43,5	ns
psychiatrische Vorbelung	32	34,4	26	28,0	35	37,6	
Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte	2	20,0	5	50,0	3	30,0	
keine	15	23,1	15	23,1	35	53,8	
SOZIALE VORBETREUUNG	46	29,7	44	28,4	65	41,9	ns
ja	18	28,6	18	28,6	27	42,9	
nein	28	30,4	26	28,3	38	41,3	
SOZIALE VORBETREUUNG	46	29,7	44	28,4	65	41,9	ns
durch psychiatrische Institution	14	28,0	16	32,0	20	40,0	
durch sonstige Institution	4	30,8	2	15,4	7	53,8	
keine	28	30,4	26	28,3	38	41,3	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	51	29,1	48	27,4	76	43,4	s
keine	7	70,0	1	10,0	2	20,0	
eine bzw. mindestens eine	12	20,3	17	28,8	30	50,8	
mehr als eine	32	30,2	30	28,3	44	41,5	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	50	30,9	44	27,2	68	42,0	ns
keine	7	70,0	1	10,0	2	20,0	
eine	11	22,9	13	27,1	24	50,0	
zwei	7	21,9	10	31,3	15	46,9	
drei bis fünf	18	39,1	10	21,7	18	39,1	
mehr als fünf	7	26,9	10	38,5	9	34,6	
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	24	19,5	36	29,3	63	51,2	ns
freiwillig	15	23,8	19	30,2	29	46,0	
nicht freiwillig	9	15,0	17	28,3	34	56,7	

Tabelle A 4

DIAGNOSTISCHE DATEN	ABGELEHNT N 52	%**	WILL NICHT N 48	%**	AUSGESCHIEDEN N 76	%**	p* (N = 176)
DIAGNOSE	47	30,1	40	25,6	69	44,2	sss
Schizophrenie	15	16,3	33	35,9	44	47,8	
andere Psychosen	8	32,0	3	12,0	14	56,0	
Neurosen	24	61,5	4	10,3	11	28,2	
sonstige	-	-	-	-	-	-	
DIAGNOSE	47	30,1	40	25,6	69	44,2	ss
Schizophrenie	15	16,3	33	35,9	44	47,8	
nicht Schizophrenie	32	50,0	7	10,9	25	39,1	
DIAGNOSE	47	30,1	40	25,6	69	44,2	sss
295.0/295.1	2	28,6	1	14,3	4	57,1	
295.3	2	6,7	9	30,0	19	63,3	
295.6	6	28,6	6	28,6	9	42,9	
sonst. Schizophrenien	5	14,7	17	50,0	12	35,3	
affektive Psychosen	4	40,0	1	10,0	5	50,0	
sonstige Psychosen	4	26,7	2	13,3	9	60,0	
Neurosen	24	61,5	4	10,3	11	28,2	
sonstige	-	-	-	-	-	-	
CHRONIZITÄT	19	24,1	22	27,8	38	48,1	ns
sicher chronisch	4	25,0	5	31,3	7	43,8	
nicht sicher chronisch	15	23,8	17	27,0	31	49,2	

Tabelle A 4

AUFNAHMEVERFAHREN	ABGELEHNT N	ABGELEHNT %**	WILL NICHT N	WILL NICHT %**	AUSGESCHIEDEN N	AUSGESCHIEDEN %**	p* (N = 176)
	52		48		76		
ÜBERWEISUNGSINSTANZ	52	29,5	48	27,3	76	43,2	sss
psychiatrische Klinik, psychiatrisches Heim	30	22,1	40	29,4	66	48,5	
(Fach-)Arzt, Sozialpsychiatrischer Dienst, sonstige	14	48,3	7	24,1	8	27,6	
Patient, Angehörige und Bezugspersonen	8	72,7	1	9,1	2	18,2	
ZUGANG IN DIE ABTEILUNG	52	29,5	48	27,3	76	43,2	sss
aus stationärer Behandlung	27	21,1	38	29,7	63	49,2	
nicht aus stationärer Behandlung	25	52,1	10	20,8	13	27,1	
EXTRAMURALE VORKONTAKTE	50	29,6	46	27,2	73	43,2	sss
keine	28	51,9	11	20,4	15	27,8	
1	8	30,8	6	23,1	12	46,2	
mehr als 1	14	15,7	29	32,6	46	51,7	
SCHRIFTLICHE KONTAKTE	50	29,6	46	27,2	73	43,2	ns
keine	49	29,7	46	27,9	70	42,4	
mehr als 1	1	25,0	0	0,0	3	75,0	
TELEFONISCHE KONTAKTE	50	29,6	46	27,2	73	43,2	ns
keine	23	24,7	24	25,8	46	49,5	
1	18	41,9	11	25,6	14	32,6	
mehr als 1	9	27,3	11	33,3	13	39,4	
KONTAKTE MIT VORBEHANDELNDEN THERAPEUTEN	50	29,4	46	27,1	74	43,5	sss
keine	10	71,4	0	0,0	4	28,6	
1	16	50,0	7	21,9	9	28,1	
mehr als 1	24	19,3	39	31,5	61	49,2	
KONTAKTE MIT ANGEHÖRIGEN UND BEZUGSPERSONEN	50	29,4	46	27,1	74	43,5	s
keine	42	26,9	43	27,6	71	45,5	
1	8	66,7	2	16,7	2	16,7	
mehr als 1	0	0,0	1	50,0	1	50,0	

Tabelle A 4

	ABGELEHNT		WILL NICHT		AUSGESCHIEDEN		
	N	%**	N	%**	N	%**	p*
	52		48		76		(N = 176)
KONTAKTE MIT PATIENTEN	50	29,4	46	27,1	74	43,5	sss
keine	13	14,9	21	24,1	53	60,9	
1	21	42,9	15	30,6	13	26,5	
mehr als 1	16	47,1	10	29,4	8	23,5	
PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN	50	29,6	46	27,2	73	43,2	sss
ja	36	45,0	24	30,0	20	25,0	
nein	14	15,7	22	24,7	53	59,6	
ERSTER PERSÖNLICHER KONTAKT MIT DEM PATIENTEN BEIM	36	45,0	24	30,0	20	25,0	ns
1. Kontakt	9	39,1	6	26,1	8	34,8	
2. Kontakt	19	48,7	12	30,8	8	20,5	
3. bis n-ten Kontakt	8	44,4	6	33,3	4	22,2	
EXTRAMURALE PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN	50	29,6	46	27,2	73	43,2	ns
ja	5	21,7	9	39,1	9	39,1	
nein	45	30,8	37	25,3	64	43,8	
PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN IN ABTEILUNG	50	29,6	46	27,2	73	43,2	sss
keine	18	17,6	27	26,5	57	55,9	
1	24	47,1	13	25,5	14	27,5	
mehr als 1	8	50,0	6	37,5	2	12,5	
AUFNAHMEINTERVIEW IN ABTEILUNG	51	29,8	46	26,9	74	43,3	sss
ja	34	50,0	18	26,5	16	23,5	
nein	17	16,5	28	27,2	58	56,3	
KONTAKTE NACH ERSTEM PERSÖNLICHEN KONTAKT MIT DEM PATIENTEN	17	30,9	19	34,5	19	34,5	s
1	12	48,0	7	28,0	6	24,0	
mehr als 1	5	16,7	12	40,0	13	43,3	

Tabelle A 4

	ABGELEHNT		WILL NICHT		AUSGESCHIEDEN		
	N	%**	N	%**	N	%**	p*
	52		48		76		(N = 176)
MITARBEITER PRO KONTAKT	49	29,3	45	26,9	73	43,7	ns
überwiegend ein Mitarbeiter (1,0 - 1,25)	23	32,4	19	26,8	29	40,8	
wechselnd 1 oder 2 Mitarbeiter (1,26 - 1,75)	19	27,5	22	31,9	28	40,6	
überwiegend 2 Mitarbeiter (1,76 - 2,0)	7	25,9	4	14,8	16	59,3	
AKADEMIKER PRO KONTAKT	49	29,3	45	26,9	73	43,7	ns
selten (0 - 0,5)	8	28,6	9	32,1	11	39,3	
häufig (0,51 - 2)	41	29,5	36	25,9	62	44,6	
SONSTIGE MITARBEITER PRO KONTAKT	49	29,3	45	26,9	73	43,7	ns
selten (0 - 0,5)	35	33,7	27	26,0	42	40,4	
häufig (0,51 - 2)	14	22,2	18	28,6	31	49,2	
MITARBEITER VOR DEM ERSTEN PERSÖNLICHEN KONTAKT	27	47,4	18	31,6	12	21,1	ns
immer nur ein Mitarbeiter	20	51,3	14	35,9	5	12,8	
gelegentlich oder öfter mehr als ein Mitarbeiter (1,1 - 2)	7	38,9	4	22,2	7	38,9	
DURCHSCHNITTL. ANZAHL DER MITARBEITER NACH DEM ERSTEN PERSÖNLICHEN KONTAKT	17	30,9	19	34,5	19	34,5	ns
immer nur ein Mitarbeiter	10	35,7	10	35,7	8	28,6	
gelegentlich oder öfter mehr als ein Mitarbeiter (1,1 - 2)	7	25,9	9	33,3	11	40,7	

Tabelle A 4

ZEITVERLAUF DES AUFNAHMEVERFAHRENS	ABGELEHNT N 52	WILL NICHT N 48	AUSGESCHIEDEN N 76	p* (N = 176)
Stationäre Behandlungsdauer bis zum ersten Kontakt (bei Zugang aus stationärer Behandlung)	25 4,333 WOCHEN	35 3,125 WOCHEN	62 2,500 WOCHEN	s
Stationäre Behandlungsdauer bis zur endgültigen Entscheidung (bei Zugang aus stationärer Behandlung)	25 6,667 WOCHEN	34 8,500 WOCHEN	57 8,000 WOCHEN	ns
Dauer vom ersten bis zum letzten Kontakt vor der endgültigen Entscheidung	50 1,143 WOCHEN	47 2,438 WOCHEN	74 2,611 WOCHEN	sss
Dauer vom ersten Kontakt bis zur endgültigen Entscheidung	45 1,375 WOCHEN	45 2,667 WOCHEN	66 3,700 WOCHEN	sss
Anzahl der Kontakte bis zur endgültigen Entscheidung	52 2,273	48 3,600	76 2,944	sss

Tabelle A 4

TABELLE A5

AUFNAHMEN VON AUSSCHLUßINDIKATIONEN

TROTZ AUSSCHLUßINDIKATION AUFGENOMMEN -
WEGEN AUSSCHLUßINDIKATION ABGELEHNT

AUFNAHMEN VON AUSSCHLUßINDIKATIONEN

GRUNDDATEN	TROTZ AUSSCHLUß-INDIKATION AUF-GENOMMEN N		%**	WEGEN AUSSCHLUß-INDIKATION NICHT AUFGENOMMEN N		%**	p* (N = 143)
	77			66			
ALTER	76		53,8	65		46,2	ss
	$\bar{x}$ 29,500 Jahre			$\bar{x}$ 34,667 Jahre			
GESCHLECHT	77		53,8	66		46,2	ns
männlich		45	54,9		37	45,1	
weiblich		32	52,5		29	47,5	
FAMILIENSTAND	76		54,3	64		45,7	ns
ledig		48	54,5		40	45,5	
verheiratet		15	68,2		7	31,8	
getrennt, geschieden, verwitwet		13	43,3		17	56,7	
WOHNBEZIRK	77		53,8	66		46,2	ns
Charlottenburg		16	47,1		18	52,9	
nicht Charlottenburg		61	56,0		48	44,0	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	77		54,2	65		45,8	ns
deutsch		76	54,7		63	45,3	
andere		1	33,3		2	66,7	

Tabelle A 5

* ns $p \geq 0,05$
s $p \leq 0,05$
ss $p \leq 0,01$
sss $p \leq 0,001$

** in dieser Tabelle Zeilenprozente

SOZIALE VORGESCHICHTE	TROTZ AUSSCHLUß-INDIKATION AUFGENOMMEN N		%**	WEGEN AUSSCHLUß-INDIKATION NICHT AUFGENOMMEN N		%**	p* (N = 143)
	77			66			
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT	77		55,4	62		44,6	ns
Unterschicht		9	45,0		11	55,0	
Untere Mittelschicht		33	51,6		31	48,4	
Obere Mittelschicht		14	66,7		7	33,3	
Oberschicht		21	61,8		13	38,2	
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT GEMESSEN AN	77		55,4	62		44,6	ns
höchster Ausbildungsstufe		33	64,7		18	35,3	
höchster erreichter beruflicher Position		44	50,0		44	50,0	
BERUFLICHE ENTWICKLUNG	70		56,9	53		43,1	ns
erlernter Beruf bzw. frühere Tätigkeit/in Ausbildung		59	55,7		47	44,3	
kein erlernter Beruf und hat nie gearbeitet/nicht in Ausbildung		11	64,7		6	35,3	
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	70		59,3	48		40,7	ns
Unterschicht		26	55,3		21	44,7	
Untere Mittelschicht		17	51,5		16	48,5	
obere Mittelschicht		10	71,4		4	28,6	
Oberschicht		17	70,8		7	29,2	
NIVEAU GEMESSEN AN	70		59,3	48		40,7	ns
letzter Ausbildungsstufe		19	70,4		8	29,6	
letzter beruflicher Position		51	56,0		40	44,0	
FORMALER NIVEAUVERGLEICH	70		59,3	48		40,7	ns
Niveauverlust		21	55,3		17	44,7	
kein Niveauverlust		49	61,2		31	38,7	
EINSCHÄTZUNG DES BERUFLICHEN UND SOZIALEN ABSTIEGS	68		58,1	49		41,9	ns
Abstieg		22	55,0		18	45,0	
kein Abstieg		46	59,7		31	40,3	

Tabelle A 5

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	TROTZ AUSSCHLUß-INDIKATION AUFGENOMMEN N 77		%**	WEGEN AUSSCHLUß-INDIKATION NICHT AUFGENOMMEN N 66		%**	p* (N = 143)
ARBEITSPLATZ	75		54,3	63		45,7	ns
vorhanden		37	64,9		20	35,1	
Hausfrau		5	50,0		5	50,0	
ohne		33	46,5		38	53,5	
ARBEITSSITUATION (einschl. Hausfrauen)	74		54,0	63		46,0	ns
Patient arbeitet		13	65,0		7	35,0	
Patient arbeitet nicht		61	52,1		56	47,9	
UNTERHALT	75		56,0	59		44,0	ns
Einkommen aus Arbeit		38	60,3		25	39,7	
Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung		18	43,9		23	56,1	
sonstige Einkünfte		19	63,3		11	36,7	
WOHNSITUATION	76		55,5	61		44,5	ns
allein		31	50,0		31	50,0	
mit anderen		45	60,0		30	40,0	
WOHNSITUATION	76		54,7	63		45,3	ns
allein		31	50,0		31	50,0	
mit anderen		45	60,0		30	40,0	
ohne Wohnung		0	0,0		2	100,0	

Tabelle A 5

ANAMNESTISCHE DATEN	TROTZ AUSSCHLUß-INDIKATION AUFGENOMMEN N 77		%**	WEGEN AUSSCHLUß-INDIKATION NICHT AUFGENOMMEN N 66		%**	p* (N = 143)
AMBULANTE VORBEHANDLUNG	70		52,6	63		47,4	ns
psychiatrische Vorbehandlung		47	52,8		42	47,2	
Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte		5	50,0		5	50,0	
keine		18	52,9		16	47,1	
SOZIALE VORBETREUUNG	65		54,6	54		45,4	ns
ja		14	45,2		17	54,8	
nein		51	58,0		37	42,0	
SOZIALE VORBETREUUNG	65		54,6	54		45,4	ns
durch psychiatrische Institution		11	55,0		9	45,0	
durch sonstige Institution		2	20,0		8	80,0	
keine		52	58,4		37	41,6	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	74		53,6	64		46,4	ns
keine		9	60,0		6	40,0	
eine bzw. mindestens eine		21	58,3		15	41,7	
mehr als eine		44	50,6		43	49,4	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	73		54,5	61		45,5	ns
keine		9	60,0		6	40,0	
eine		20	62,5		12	37,5	
zwei		22	62,9		13	37,1	
drei bis fünf		13	44,8		16	55,2	
mehr als fünf		9	39,1		14	60,9	
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	43		56,6	33		43,4	ns
freiwillig		31	63,3		18	36,7	
nicht freiwillig		12	44,4		15	55,6	

Tabelle A 5

DIAGNOSTISCHE DATEN	TROTZ AUSSCHLUß-INDIKATION AUFGENOMMEN N 77	%**	WEGEN AUSSCHLUß-INDIKATION NICHT AUFGENOMMEN N 66	%**	p* (N = 143)
DIAGNOSE	75	56,0	59	44,0	ns
Schizophrenie	37	66,1	19	33,9	
andere Psychosen	13	54,2	11	45,8	
Neurosen	14	53,8	12	46,2	
sonstige	11	39,3	17	60,7	
DIAGNOSE	75	56,0	59	44,0	s
Schizophrenie	37	66,1	19	33,9	
nicht Schizophrenie	38	48,7	40	51,3	
DIAGNOSE	75	56,0	59	44,0	ss
295.0/295.1	4	57,1	3	42,9	
295.3	21	91,3	2	8,7	
295.6	1	16,7	5	83,3	
sonstige Schizophrenien	11	55,0	9	45,0	
affektive Psychosen	6	46,2	7	53,8	
sonstige Psychosen	7	63,6	4	36,4	
Neurosen	14	53,8	12	46,2	
sonstige	11	39,3	17	60,7	
CHRONIZITÄT	46	64,8	25	35,2	ns
sicher chronisch	3	37,5	5	62,5	
nicht sicher chronisch	43	68,3	20	31,7	

Tabelle A 5

AUFNAHMEVERFAHREN	TROTZ AUSSCHLUß-INDIKATION AUFGENOMMEN N 77		%**	WEGEN AUSSCHLUß-INDIKATION NICHT AUFGENOMMEN N 66		%**	p* (N = 143)
ÜBERWEISUNGSINSTANZ	75		54,0	64		46,0	ns
psychiatrische Klinik, psychiatrisches Heim		46	55,4		37	44,6	
(Fach-)Arzt, Sozialpsychiatrischer Dienst, sonst.		14	42,4		19	57,6	
Patient, Angehörige und Bezugspersonen		15	65,2		8	34,8	
ZUGANG IN DIE ABTEILUNG	76		53,9	65		46,1	ns
aus stationärer Behandlung		45	55,6		36	44,4	
nicht aus stationärer Behandlung		31	51,7		29	48,3	
EXTRAMURALE VORKONTAKTE	75		53,6		65	46,4	s
keine		48	53,3		42	46,7	
1		24	66,7		12	33,3	
mehr als 1		3	21,4		11	78,6	
SCHRIFTLICHE KONTAKTE	75		53,6	65		46,4	ns
keine		75	54,7		62	45,3	
mehr als 1		0	0,0		3	100,0	
TELEFONISCHE KONTAKTE	75		53,6	65		46,4	s
keine		43	62,3		26	37,7	
1		21	53,8		18	46,2	
mehr als 1		11	34,4		21	65,6	
KONTAKTE MIT VORBEHANDELNDEN THERAPEUTEN	76		53,9	65		46,1	ss
keine		26	72,2		10	27,8	
1		31	55,4		25	44,6	
mehr als 1		19	38,8		30	61,2	
KONTAKTE MIT ANGEHÖRIGEN UND BEZUGSPERSONEN	76		53,9	65		46,1	ns
keine		70	53,8		60	46,2	
1		5	55,6		4	44,4	
mehr als 1		1	50,0		1	50,0	

Tabelle A 5

	TROTZ AUSSCHLUß-INDIKATION AUF-GENOMMEN		WEGEN AUSSCHLUß-INDIKATION NICHT AUFGENOMMEN		
	N	%**	N	%**	p*
	77		66		(N = 143)
KONTAKTE MIT PATIENTEN	76	53,9	65	46,1	sss
keine	1	4,3	22	95,7	
1	53	67,1	26	32,9	
mehr als 1	22	56,4	17	43,6	
PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN	75	53,6	65	46,4	sss
ja	74	63,2	43	36,8	
nein	1	4,3	22	95,7	
ERSTER PERSÖNLICHER KONTAKT MIT DEM PATIENTEN BEIM	74	63,2	43	36,8	ns
1. Kontakt	26	66,7	13	33,3	
2. Kontakt	42	67,7	20	32,3	
3. bis n-ten Kontakt	6	37,5	10	62,5	
EXTRAMURALE PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN	75	53,6	65	46,4	ns
ja	11	57,9	8	42,1	
nein	64	52,9	57	47,1	
PERSÖNLICHE KONTAKTE MIT DEM PATIENTEN IN ABTEILUNG	75	53,6	65	46,4	sss
keine	4	14,3	24	85,7	
1	59	62,1	36	37,9	
mehr als 1	12	70,6	5	29,4	
AUFNAHMEINTERVIEW IN ABTEILUNG	76	53,9	65	46,1	sss
ja	72	63,7	41	36,3	
nein	4	14,3	24	85,7	
KONTAKTE NACH ERSTEM PERSÖNLICHEN KONTAKT MIT DEM PATIENTEN	27	51,9	25	48,1	ns
1	19	51,4	18	48,6	
mehr als 1	8	53,3	7	46,7	

Tabelle A 5

	TROTZ AUSSCHLUß-INDIKATION AUFGENOMMEN		WEGEN AUSSCHLUß-INDIKATION NICHT AUFGENOMMEN		
	N	%**	N	%**	p*
	77		66		(N = 143)
MITARBEITER PRO KONTAKT	76	53,5	66	46,5	s
Überwiegend ein Mitarbeiter (1,0 - 1,25)	28	41,8	39	58,2	
wechselnd 1 oder 2 Mitarbeiter (1,26 - 1,75)	35	61,4	22	38,6	
überwiegend 2 Mitarbeiter (1,76 - 2,0)	13	72,2	5	27,8	
AKADEMIKER PRO KONTAKT	76	53,5	66	46,5	ns
selten (0 - 0,5)	18	60,0	12	40,0	
häufig (0,51 - 2)	58	51,8	54	48,2	
SONSTIGE MITARBEITER PRO KONTAKT	76	53,5	66	46,5	ns
selten (0 - 0,5)	43	50,0	43	50,0	
häufig (0,51 - 2)	33	58,9	23	41,1	
MITARBEITER VOR DEM ERSTEN PERSÖNLICHEN KONTAKT	48	61,5	30	38,5	ns
immer nur ein Mitarbeiter	43	61,4	27	38,6	
gelegentlich oder öfter mehr als ein Mitarbeiter (1,1 - 2)	5	62,5	3	37,5	
DURCHSCHNITTL. ANZAHL DER MITARBEITER NACH DEM ERSTEN KONTAKT	27	51,9	25	48,1	ns
immer nur ein Mitarbeiter	13	41,9	18	58,1	
gelegentlich oder öfter mehr als ein Mitarbeiter (1,1 - 2)	14	66,7	7	33,3	

Tabelle A 5

ZEITVERLAUF DES AUFNAHMEVERFAHRENS	TROTZ AUSSCHLUß-INDIKATION AUFGENOMMEN N 77	WEGEN AUSSCHLUß-INDIKATION NICHT AUFGENOMMEN N 66	p* (N = 143)
Stationäre Behandlungsdauer bis zum ersten Kontakt (bei Zugang aus stationärer Behandlung)	45 7,750 WOCHEN	34 6,000 WOCHEN	ns
Stationäre Behandlungsdauer bis zur endgültigen Entscheidung (bei Zugang aus stationärer Behandlung)	46 8,750 WOCHEN	33 10,750 WOCHEN	ns
Dauer vom ersten bis zum letzten Kontakt vor der endgültigen Entscheidung	76 0,859 WOCHEN	66 0,921 WOCHEN	ns
Dauer vom ersten Kontakt bis zur endgültigen Entscheidung	76 0,895 WOCHEN	61 1,125 WOCHEN	ns
Anzahl der Kontakte bis zur endgültigen Entscheidung	77 2,054	66 2,182	ns

Tabelle A 5

TABELLE B 1

ENTLASSENE PATIENTENGRUPPEN

SEKUNDÄR ABGELEHNT - SEKUNDÄR "WILL NICHT"

ENTLASSENE PATIENTENGRUPPEN

GRUNDDATEN	SEKUNDÄR ABGELEHNT° N	%	SEKUNDÄR WILL NICHT° N	%	p* (N = 106)
	27		79		
ALTER	27	25,5	79	74,5	ns
	$\bar{x}$ 32,7 Jahre		$\bar{x}$ 32,5 Jahre		
GESCHLECHT	27		79		ns
männlich	17	63,0	41	51,9	
weiblich	10	37,0	38	48,1	
FAMILIENSTAND	27		78		ns
ledig	20	74,1	46	59,0	
verheiratet	4	14,8	12	15,4	
getrennt, geschieden, verwitwet	3	11,1	20	25,6	
WOHNBEZIRK	27		79		ns
Charlottenburg	27	100,0	79	100,0	
nicht Charlottenburg	-	-	-	-	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	27		79		s
deutsch	22	81,5	77	97,5	
andere	5	18,5	2	2,5	

Tabelle B 1

* ns $p \geq 0,05$
s $p \leq 0,05$
ss $p \leq 0,01$
sss $p \leq 0,001$

° Dauer bis 1 Jahr

SOZIALE VORGESCHICHTE	SEKUNDÄR ABGELEHNT° N	%	SEKUNDÄR WILL NICHT° N	%	p* (N = 106)
	27		79		
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT	26		78		ns
Unterschicht	5	19,2	11	14,1	
Untere Mittelschicht	11	42,3	36	46,2	
Obere Mittelschicht	5	19,2	6	7,7	
Oberschicht	5	19,2	25	32,1	
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT GEMESSEN AN	26		78		ns
höchster Ausbildungsstufe	12	46,2	33	42,3	
höchster erreichter beruflicher Position	14	53,8	45	57,7	
BERUFLICHE ENTWICKLUNG	26		66		ns
erlernter Beruf bzw. frühere Tätigkeit/in Ausbildung	22	84,6	53	80,3	
kein erlernter Beruf und hat nie gearbeitet/nicht in Ausbildung	4	15,4	13	19,7	
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	26		65		ns
Unterschicht	13	50,0	29	44,6	
Untere Mittelschicht	6	23,1	18	27,7	
obere Mittelschicht	3	11,5	3	4,6	
Oberschicht	4	15,4	15	23,1	
NIVEAU GEMESSEN AN	26		65		ns
letzter Ausbildungsstufe	7	26,9	16	24,6	
letzter beruflicher Position	19	73,1	49	75,4	
FORMALER NIVEAUVERGLEICH	26		65		ns
Niveauverlust	9	34,6	25	38,5	
kein Niveauverlust	17	65,4	40	61,5	
EINSCHÄTZUNG DES BERUFLICHEN UND SOZIALEN ABSTIEGS	24		66		ns
Abstieg	6	25,0	27	40,9	
kein Abstieg	18	75,0	39	59,1	

Tabelle B 1

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	SEKUNDÄR ABGELEHNT° N	%	SEKUNDÄR WILL NICHT° N	%	p* (N = 106)
	27		79		
ARBEITSPLATZ	26		77		ns
vorhanden	13	50,0	38	49,4	
Hausfrau	0	0,0	5	6,5	
ohne	13	50,0	34	44,2	
ARBEITSSITUATION (einschl. Hausfrauen)	27		76		ns
Patient arbeitet	3	11,1	2	2,6	
Patient arbeitet nicht	24	88,9	74	97,4	
UNTERHALT	25		73		ns
Einkommen aus Arbeit	13	52,0	35	47,9	
Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung	9	36,0	23	31,5	
sonstige Einkünfte	3	12,0	15	20,5	
WOHNSITUATION	23		74		s
allein	5	21,7	39	52,7	
mit anderen	18	78,3	35	47,3	
WOHNSITUATION	27		76		ss
allein	5	18,5	39	51,3	
mit anderen	18	66,7	35	46,1	
ohne Wohnung	4	14,8	2	2,6	

Tabelle B 1

ANAMNESTISCHE DATEN	SEKUNDÄR ABGELEHNT° N	%	SEKUNDÄR WILL NICHT° N	%	p* (N = 106)
	27		79		
AMBULANTE VORBEHANDLUNG	27		75		s
psychiatrische Vorbehandlung	10	37,0	44	58,7	
Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte	1	3,7	7	9,3	
keine	16	59,3	24	32,0	
SOZIALE VORBETREUUNG	25		66		ns
ja	10	40,0	21	31,8	
nein	15	60,0	45	68,2	
SOZIALE VORBETREUUNG	25		66		s
durch psychiatrische Institution	5	20,0	19	28,8	
durch sonstige Institution	5	20,0	2	3,0	
keine	15	60,0	45	68,2	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	26		76		ns
keine	1	3,8	3	3,9	
eine bzw. mindestens eine	8	30,8	20	26,3	
mehr als eine	17	65,4	53	69,7	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	25		74		ns
keine	1	4,0	3	4,1	
eine	8	32,0	19	25,7	
zwei	9	36,0	15	20,3	
drei bis fünf	5	20,0	25	33,8	
mehr als fünf	2	8,0	12	16,2	
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	15		51		ns
freiwillig	9	60,0	30	58,8	
nicht freiwillig	6	40,0	21	41,2	

Tabelle B 1

DIAGNOSTISCHE DATEN	SEKUNDÄR ABGELEHNT° N	%	SEKUNDÄR WILL NICHT° N	%	p* (N = 106)
	27		79		
DIAGNOSE	25		76		s
Schizophrenie	8	32,0	47	61,8	
andere Psychosen	5	20,8	10	13,2	
Neurosen	12	48,0	19	25,0	
sonstige	-	-	-	-	
DIAGNOSE	25		76		ss
Schizophrenie	8	32,0	47	61,8	
nicht Schizophrenie	17	68,0	29	38,2	
DIAGNOSE	25		76		s
295.0/295.1	0	0,0	3	3,9	
295.3	2	8,0	27	35,5	
295.6	1	4,0	9	11,8	
sonstige Schizophrenien	5	20,0	8	10,5	
affektive Psychosen	1	4,0	5	6,6	
sonstige Psychosen	4	16,0	5	6,6	
Neurosen	12	48;0	19	25,0	
sonstige	-	-	-	-	
CHRONIZITÄT	17		54		ns
sicher chronisch	2	11,8	8	14,8	
nicht sicher chronisch	15	88,2	46	85,2	

Tabelle B 1

TABELLE B 2

SEKUNDÄRE SELEKTION DURCH ENTLASSUNGEN AUS DER ABTEILUNG

VON DER ABTEILUNG AKTIV ENTLASSEN - IM AUFNAHMEVERFAHREN ABGELEHNT

SEKUNDÄRE SELEKTION DURCH ENTLASSUNGEN AUS DER ABTEILUNG

GRUNDDATEN	VON DER ABTEILUNG AKTIV ENTLASSEN N	%	IM AUFNAHMEVERFAHREN ABGELEHNT N	%	p* (N = 71)
	19		52		
ALTER	19	26,8	52	73,2	ns
	$\bar{x}$ 33,29 Jahre		$\bar{x}$ 30,50 Jahre		
GESCHLECHT	19		52		ns
männlich	13	68,4	29	55,8	
weiblich	6	31,6	23	44,2	
FAMILIENSTAND	19		50		ns
ledig	13	68,4	31	62,0	
verheiratet	3	15,8	10	20,0	
getrennt, geschieden, verwitwet	3	15,8	9	18,0	
WOHNBEZIRK	19		51		ns
Charlottenburg	19	100,0	51	100,0	
nicht Charlottenburg	-	-	-	-	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	19		52		ns
deutsch	17	89,5	47	90,4	
andere	2	10,5	5	9,6	

Tabelle B 2

* ns p = 0,05
s p = 0,05
ss p = 0,01
sss p = 0,001

SOZIALE VORGESCHICHTE	VON DER ABTEILUNG AKTIV ENTLASSEN N 19	%	IM AUFNAHMEVERFAHREN ABGELEHNT N 52	%	p* (N = 71)
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT	18		50		ns
Unterschicht	3	16,7	11	22,0	
Untere Mittelschicht	8	44,4	18	36,0	
Obere Mittelschicht	4	22,2	6	12,0	
Oberschicht	3	16,7	15	30,0	
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT GEMESSEN AN	18		50		ns
höchster Ausbildungsstufe	9	50,0	21	42,0	
höchster erreichter beruflicher Position	9	50,0	29	58,0	
BERUFLICHE ENTWICKLUNG	18		42		ns
erlernter Beruf bzw. frühere Tätigkeit/in Ausbildung	15	83,3	30	71,4	
kein erlernter Beruf und hat nie gearbeitet/nicht in Ausbildung	3	16,7	12	28,6	
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	18		41		ns
Unterschicht	9	50,0	20	48,8	
Untere Mittelschicht	5	27,8	9	22,0	
obere Mittelschicht	2	11,1	2	4,9	
Oberschicht	2	11,1	10	24,4	
NIVEAU GEMESSEN AN	18		42		ns
letzter Ausbildungsstufe	5	27,8	13	31,7	
letzter beruflicher Position	13	72,2	28	68,3	
FORMALER NIVEAUVERGLEICH	18		41		ns
Niveauverlust	7	38,9	14	34,1	
kein Niveauverlust	11	61,1	27	65,9	
EINSCHÄTZUNG DES BERUFLICHEN UND SOZIALEN ABSTIEGS	17		40		ns
Abstieg	5	29,4	18	45,0	
kein Abstieg	12	70,6	22	55,0	

Tabelle B 2

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	VON DER ABTEILUNG AKTIV ENTLASSEN		IM AUFNAHMEVERFAHREN ABGELEHNT		p*
	N	%	N	%	(N = 71)
	19		52		
ARBEITSPLATZ	18		48		ns
vorhanden	9	50,0	13	27,1	
Hausfrau	o	0,0	6	12,5	
ohne	9	50,0	29	60,4	
ARBEITSSITUATION (einschl. Hausfrauen)	19		50		ns
Patient arbeitet	3	15,8	6	12,0	
Patient arbeitet nicht	16	84,2	44	88,0	
UNTERHALT	17		49		ns
Einkommen aus Arbeit	8	47,1	14	28,6	
Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung	7	41,2	23	46,9	
sonstige Einkünfte	2	11,8	12	24,5	
WOHNSITUATION	17		46		ns
allein	3	17,6	18	39,1	
mit anderen	14	82,4	28	60,9	
WOHNSITUATION	19		50		ns
allein	3	15,8	18	36,0	
mit anderen	14	73,7	28	56,0	
ohne Wohnung	2	10,5	4	8,0	

Tabelle B 2

ANAMNESTISCHE DATEN	VON DER ABTEILUNG AKTIV ENTLASSEN N 19	%	IM AUFNAHMEVERFAHREN ABGELEHNT N 52	%	p* (N = 71)
AMBULANTE VORBEHANDLUNG	19		49		s
psychiatrische Vorbehandlung	6	31,6	32	65,3	
Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte	1	5,3	2	4,1	
keine	12	63,2	15	30,6	
SOZIALE VORBETREUUNG	17		46		ns
ja	7	41,2	18	39,1	
nein	10	58,8	28	60,9	
SOZIALE VORBETREUUNG	17		46		ns
durch psychiatrische Institution	4	23,5	14	30,4	
durch sonstige Institution	3	17,6	4	8,7	
keine	10	58,8	28	60,9	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	18		51		ns
keine	1	5,6	7	13,7	
eine bzw. mindestens eine	7	38,9	12	23,5	
mehr als eine	10	55,6	32	62,7	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	17		50		ns
keine	1	5,9	7	14,0	
eine	7	41,2	11	22,0	
zwei	4	23,5	7	14,0	
drei bis fünf	4	23,5	18	36,0	
mehr als fünf	1	5,9	7	14,0	
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	8		24		ns
freiwillig	4	50,0	15	62,5	
nicht freiwillig	4	50,0	9	37,5	

Tabelle B 2

DIAGNOSTISCHE DATEN	VON DER ABTEILUNG AKTIV ENTLASSEN N 19	%	IM AUFNAHMEVERFAHREN ABGELEHNT N 52	%	p* (N = 71)
DIAGNOSE	17		47		ns
Schizophrenie	5	29,4	15	31,9	
andere Psychosen	4	23,5	8	17,0	
Neurosen	8	47,1	24	51,1	
sonstige	-	-	-	-	
DIAGNOSE	17		47		ns
Schizophrenie	5	29,4	15	31,9	
nicht Schizophrenie	12	70,6	32	68,1	
DIAGNOSE	17		47		ns
295.0/295.1	0	0,0	2	4,3	
295.3	1	5,9	2	4,3	
295.6	1	5,9	6	12,8	
sonstige Schizophrenien	3	17,6	5	10,6	
affektive Psychosen	1	5,9	4	8,5	
sonstige Psychosen	3	17,6	4	8,5	
Neurosen	8	47,1	24	51,1	
sonstige	-	-	-	-	
CHRONIZITÄT	10		19		ns
sicher chronisch	1	10,0	4	21,1	
nicht sicher chronisch	9	90,0	15	78,9	

Tabelle B 2

TABELLE B 3

BEHANDLUNGSBEENDIGUNG DURCH PATIENTENENTSCHEIDUNG

SEKUNDÄR "WILL NICHT" (ENTLASSUNG) - PRIMÄR "WILL NICHT" (NICHTAUFNAHME)

BEHANDLUNGSBEENDIGUNG DURCH PATIENTENENTSCHEIDUNG

GRUNDDATEN	SEKUNDÄR "WILL NICHT" (ENTLASSUNG) N	%	PRIMÄR "WILL NICHT" (NICHTAUFNAHME) N	%	p* (N = 112)
	64		48		
ALTER	64	57,1	48	42,9	ns
	x 32,5 Jahre		x 31,8 Jahre		
GESCHLECHT	64		48		ns
männlich	32	50,0	26	54,2	
weiblich	32	50,0	22	45,8	
FAMILIENSTAND	63		48		s
ledig	37	58,7	30	62,5	
verheiratet	9	14,3	13	27,1	
getrennt, geschieden, verwitwet	17	27,0	5	10,4	
WOHNBEZIRK	64		48		ns
Charlottenburg	62	96,9	47	97,9	
nicht Charlottenburg	2	3,1	1	2,1	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	64		48		ns
deutsch	62	96,9	46	95,8	
andere	2	3,1	2	4,2	

Tabelle B 3

* ns $p \geq 0,05$
s $p \leq 0,05$
ss $p \leq 0,01$
sss $p \leq 0,001$

SOZIALE VORGESCHICHTE	SEKUNDÄR "WILL NICHT" (ENTLASSUNG) N	%	PRIMÄR "WILL NICHT" (NICHTAUFNAHME) N	%	p* (N = 112)
	64		48		
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT	63		46		ns
Unterschicht	9	14,3	10	21,7	
Untere Mittelschicht	30	47,6	24	52,2	
Obere Mittelschicht	3	4,8	5	10,9	
Oberschicht	21	33,3	7	15,2	
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT GEMESSEN AN	63		46		ns
höchster Ausbildungsstufe	26	41,3	14	30,4	
höchster erreichter beruflicher Position	37	58,7	32	69,6	
BERUFLICHE ENTWICKLUNG	54		40		ns
erlernter Beruf bzw. frühere Tätigkeit/in Ausbildung	43	79,6	38	95,0	
kein erlernter Beruf und hat nie gearbeitet/nicht in Ausbildung	11	20,4	2	5,0	
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	54		40		ns
Unterschicht	28	51,9	18	45,0	
Untere Mittelschicht	13	24,1	14	35,0	
obere Mittelschicht	1	1,9	3	7,5	
Oberschicht	12	22,2	5	12,5	
NIVEAU GEMESSEN AN	54		40		ns
letzter Ausbildungsstufe	10	18,5	7	17,5	
letzter beruflicher Position	44	81,5	33	82,5	
FORMALER NIVEAUVERGLEICH	54		39		ns
Niveauverlust	24	44,4	10	25,6	
kein Niveauverlust	30	55,6	29	74,4	
EINSCHÄTZUNG DES BERUFLICHEN UND SOZIALEN ABSTIEGS	54		38		ns
Abstieg	24	44,4	9	23,7	
kein Abstieg	30	55,6	29	76,3	

Tabelle B 3

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	SEKUNDÄR "WILL NICHT" (ENTLASSUNG) N	%	PRIMÄR "WILL NICHT" (NICHTAUFNAHME) N	%	p* (N = 112)
	64		48		
ARBEITSPLATZ	62		48		ns
vorhanden	30	48,4	17	35,4	
Hausfrau	4	6,5	7	14,6	
ohne	28	45,2	24	50,0	
ARBEITSSITUATION (einschl. Hausfrauen)	61		48		ns
Patient arbeitet	2	3,3	3	6,3	
Patient arbeitet nicht	59	96,7	45	93,8	
UNTERHALT	59		46		ns
Einkommen aus Arbeit	27	45,8	20	43,5	
Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung	20	33,9	15	32,6	
sonstige Einkünfte	12	20,3	11	23,9	
WOHNSITUATION	60		45		ss
allein	31	51,7	11	24,4	
mit anderen	29	48,3	34	75,6	
WOHNSITUATION	62		47		s
allein	31	50,0	11	23,4	
mit anderen	29	46,8	34	72,3	
ohne Wohnung	2	3,2	2	4,3	

Tabelle B 3

ANAMNESTISCHE DATEN	SEKUNDÄR "WILL NICHT" (ENTLASSUNG) N	%	PRIMÄR "WILL NICHT" (NICHTAUFNAHME) N	%	p* (N = 112)
	64		48		
AMBULANTE VORBEHANDLUNG	61		46		ns
psychiatrische Vorbehandlung	36	59,0	26	56,5	
Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte	6	9,8	5	10,9	
keine	19	31,1	15	32,6	
SOZIALE VORBETREUUNG	53		44		ns
ja	18	34,0	18	40,9	
nein	35	66,0	26	59,1	
SOZIALE VORBETREUUNG	53		44		ns
durch psychiatrische Institution	16	30,2	16	36,4	
durch sonstige Institution	2	3,8	2	4,5	
keine	35	66,0	26	59,1	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	62		48		ns
keine	3	4,8	1	2,1	
eine bzw. mindestens eine	13	21,0	17	35,4	
mehr als eine	46	74,2	30	62,5	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	60		44		ns
keine	3	5,0	1	2,3	
eine	12	20,0	13	29,5	
zwei	12	20,0	10	22,7	
drei bis fünf	23	38,3	10	22,7	
mehr als fünf	10	16,7	10	22,7	
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	40		36		ns
freiwillig	24	60,0	19	52,8	
nicht freiwillig	16	40,0	17	47,2	

Tabelle B 3

DIAGNOSTISCHE DATEN	SEKUNDÄR "WILL NICHT" (ENTLASSUNG) N	%	PRIMÄR "WILL NICHT" (NICHTAUFNAHME) N	%	p* (N = 112)
	64		48		
DIAGNOSE	61		40		ns
Schizophrenie	38	62,3	33	82,5	
andere Psychosen	8	13,1	3	7,5	
Neurosen	15	24,6	4	10,0	
sonstige	-	-	-	-	
DIAGNOSE	61		40		s
Schizophrenie	38	62,3	33	82,5	
nicht Schizophrenie	23	37,7	7	17,5	
DIAGNOSE	61		40		s
295.0/295.1	2	3,3	1	2,5	
295.3	22	36,1	9	22,5	
295.6	7	11,5	6	15,0	
sonstige Schizophrenien	7	11,5	17	42,5	
affektive Psychosen	4	6,6	1	2,5	
sonstige Psychosen	4	6,6	2	5,0	
Neurosen	15	24,6	4	10,0	
sonstige	-	-	-	-	
CHRONIZITÄT	43		22		ns
sicher chronisch	7	16,3	5	22,7	
nicht sicher chronisch	36	83,7	17	77,3	

Tabelle B 3

TABELLE B4

SEKUNDÄRE SELEKTION DURCH ÜBERWEISUNG

MIT ÜBERWEISUNGSINDIKATION VON DER AFS ENTLASSEN -
AUS RESTLICHEN GRÜNDEN VON DER AFS ENTLASSEN

SEKUNDÄRE SELEKTION DURCH ÜBERWEISUNG

GRUNDDATEN	VON DER AFS ENTLASSEN: MIT ÜBERWEISUNGS-INDIKATION N	%	VON DER AFS ENTLASSEN: AUS RESTLICHEN GRÜNDEN N	%	p* (N = 26)
	10		17		
ALTER	10		16		ns
	$\bar{x}$ 37,0 Jahre		$\bar{x}$ 29,8 Jahre		
GESCHLECHT	10		17		ns
männlich	6	60,0	11	64,7	
weiblich	4	40,0	6	35,3	
FAMILIENSTAND	10		17		ss
ledig	6	60,0	12	70,6	
verheiratet	0	0,0	5	29,4	
getrennt, geschieden, verwitwet	4	40,0	0	0,0	
WOHNBEZIRK	10		17		ns
Charlottenburg	8	80,0	12	70,6	
nicht Charlottenburg	2	20,0	5	29,4	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	10		17		ns
deutsch	9	90,0	16	94,1	
andere	1	10,0	1	5,9	

Tabelle B 4

* ns $p \geq 0,05$
s $p \leq 0,05$
ss $p \leq 0,01$
sss $p \leq 0,001$

SOZIALE VORGESCHICHTE	VON DER AFS ENTLASSEN: MIT ÜBERWEISUNGS-INDIKATION N	%	AUS RESTLICHEN GRÜNDEN N	%	p* (N = 26)
	10		17		
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT	9		17		ns
Unterschicht	3	33,3	2	11,8	
Untere Mittelschicht	4	44,4	7	41,2	
Obere Mittelschicht	0	0,0	4	23,5	
Oberschicht	2	22,2	4	23,5	
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT GEMESSEN AN	9		17		ns
höchster Ausbildungsstufe	3	33,3	9	52,9	
höchster erreichter beruflicher Position	6	66,7	8	47,1	
BERUFLICHE ENTWICKLUNG	8		17		ns
erlernter Beruf bzw. frühere Tätigkeit/in Ausbildung	7	87,5	14	82,4	
kein erlernter Beruf und hat nie gearbeitet/nicht in Ausbildung	1	12,5	3	17,6	
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	8		17		ns
Unterschicht	5	62,5	5	29,4	
Untere Mittelschicht	1	12,5	7	41,2	
obere Mittelschicht	0	0,0	2	11,8	
Oberschicht	2	25,0	3	17,6	
NIVEAU GEMESSEN AN	8		17		ns
letzter Ausbildungsstufe	2	25,0	6	35,3	
letzter beruflicher Position	6	75,0	11	64,7	
FORMALER NIVEAUVERGLEICH	8		17		ns
Niveauverlust	3	37,5	4	23,5	
kein Niveauverlust	5	62,5	13	76,5	
EINSCHÄTZUNG DES BERUFLICHEN UND SOZIALEN ABSTIEGS	7		16		ns
Abstieg	1	14,3	4	25,0	
kein Abstieg	6	85,7	12	75,0	

Tabelle B 4

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	VON DER AFS ENTLASSEN: MIT ÜBERWEISUNGS-INDIKATION N	%	AUS RESTLICHEN GRÜNDEN N	%	p* (N = 26)
	10		17		
ARBEITSPLATZ	9		17		ns
vorhanden	3	33,3	10	58,8	
Hausfrau	-	-	-	-	
ohne	6	66,7	7	41,2	
ARBEITSSITUATION (einschl. Hausfrauen)	10		17		ns
Patient arbeitet	0	0,0	4	23,5	
Patient arbeitet nicht	10	100,0	13	76,5	
UNTERHALT	9		15		ns
Einkommen aus Arbeit	3	33,3	10	66,7	
Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung	5	55,6	3	20,0	
sonstige Einkünfte	1	11,1	2	13,3	
WOHNSITUATION	9		16		ns
allein	4	44,4	3	18,8	
mit anderen	5	55,6	13	81,3	
WOHNSITUATION	10		17		ns
allein	4	40,0	3	17,6	
mit anderen	5	50,0	13	76,5	
ohne Wohnung	1	10,0	1	5,9	

Tabelle B 4

ANAMNESTISCHE DATEN	VON DER AFS ENTLASSEN: MIT ÜBERWEISUNGS-INDIKATION N	%	AUS RESTLICHEN GRÜNDEN N	%	p* (N = 26)
	10		17		
AMBULANTE VORBEHANDLUNG	10		15		ns
psychiatrische Vorbehandlung	3	30,0	6	40,0	
Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte	1	10,0	0	0,0	
keine	6	60,0	9	60,0	
SOZIALE VORBETREUUNG	8		14		ns
ja	5	62,5	3	21,4	
nein	3	37,5	11	78,6	
SOZIALE VORBETREUUNG	8		14		s
durch psychiatrische Institution	4	50,0	0	0,0	
durch sonstige Institution	1	12,5	3	21,4	
keine	3	37,5	11	78,6	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	10		16		ns
keine	1	10,0	2	12,5	
eine bzw. mindestens eine	2	20,0	7	43,8	
mehr als eine	7	70,0	7	43,8	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	10		15		ns
keine	1	10,0	2	13,3	
eine	2	20,0	7	46,7	
zwei	4	40,0	3	20,0	
drei bis fünf	3	30,0	2	13,3	
mehr als fünf	0	0,0	1	6,7	
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	5		8		ns
freiwillig	2	40,0	5	62,5	
nicht freiwillig	3	60,0	3	37,5	

Tabelle B 4

DIAGNOSTISCHE DATEN	VON DER AFS ENTLASSEN: MIT ÜBERWEISUNGS-INDIKATION N	%	AUS RESTLICHEN GRÜNDEN N	%	p* (N = 26)
	10		17		
DIAGNOSE	8		16		s
Schizophrenie	0	0,0	9	56,3	
andere Psychosen	3	37,5	1	6,3	
Neurosen	4	50,0	6	37,5	
sonstige	1	12,5	0	0,0	
DIAGNOSE	8		16		ss
Schizophrenie	0	0,0	9	56,3	
nicht Schizophrenie	8	100,0	7	43,7	
DIAGNOSE	8		16		s
295.0/295.1	0	0,0	0	0,0	
295.3	0	0,0	3	18,8	
295.6	0	0,0	2	12,5	
sonstige Schizophrenien	0	0,0	4	25,0	
affektive Psychosen	0	0,0	1	6,3	
sonstige Psychosen	3	37,5	0	0,0	
Neurosen	4	50,0	6	37,5	
sonstige	1	12,5	0	0,0	
CHRONIZITÄT	6		10		ns
sicher chronisch	0	0,0	2	20,0	
nicht sicher chronisch	6	100,0	8	80,0	

Tabelle B 4

TABELLE B5

SEKUNDÄRE SELEKTION BEI DROHENDEM BEHANDLUNGSABBRUCH

VON DER AFS NICHT AKZEPTIERTER BEHANDLUNGSABBRUCH -
VON DER AFS AKZEPTIERTER BEHANDLUNGSABBRUCH

SEKUNDÄRE SELEKTION BEI DROHENDEM BEHANDLUNGSABBRUCH

GRUNDDATEN	VON DER AFS NICHT AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	VON DER AFS AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	p* (N = 60)
ALTER	38	63,3	22	36,7	ns
	$\bar{x}$ 31,5 Jahre		$\bar{x}$ 30,5 Jahre		
GESCHLECHT	38		22		ss
männlich	14	36,8	17	77,3	
weiblich	24	65,2	5	22,7	
FAMILIENSTAND	38		22		ns
ledig	23	60,5	15	68,2	
verheiratet	6	15,8	0	0,0	
getrennt, geschieden, verwitwet	9	23,7	7	31,8	
WOHNBEZIRK	38		22		ns
Charlottenburg	29	76,3	19	86,4	
nicht Charlottenburg	9	23,7	3	13,6	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	38		22		ns
deutsch	38	100,0	21	95,5	
andere	0	0,0	1	4,5	

Tabelle B 5

* ns $p \geq 0,05$
s $p \leq 0,05$
ss $p \leq 0,01$
sss $p \leq 0,001$

SOZIALE VORGESCHICHTE	VON DER AFS NICHT AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	VON DER AFS AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	p* (N = 60)
	38		22		
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT	37		22		ns
Unterschicht	2	5,4	2	9,1	
Untere Mittelschicht	22	59,5	10	45,5	
Obere Mittelschicht	3	8,1	1	4,5	
Oberschicht	10	27,0	9	40,9	
SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT GEMESSEN AN	37		22		ns
höchster Ausbildungsstufe	17	45,9	10	45,5	
höchster erreichter beruflicher Position	20	54,1	12	54,5	
BERUFLICHE ENTWICKLUNG	32		21		ns
erlernter Beruf bzw. frühere Tätigkeit/in Ausbildung	23	71,9	17	81,0	
kein erlernter Beruf und hat nie gearbeitet/nicht in Ausbildung	9	28,1	4	19,0	
NIVEAU DER LETZTEN TÄTIGKEIT TYPISCH FÜR	32		21		ns
Unterschicht	14	43,8	12	57,1	
Untere Mittelschicht	9	28,1	4	19,0	
obere Mittelschicht	2	6,3	0	0,0	
Oberschicht	7	21,9	5	23,8	
NIVEAU GEMESSEN AN	32		21		ns
letzter Ausbildungsstufe	6	18,8	4	19,0	
letzter beruflicher Position	26	81,3	17	81,0	
FORMALER NIVEAUVERGLEICH	32		21		ns
Niveauverlust	13	40,6	11	52,4	
kein Niveauverlust	19	59,4	10	47,6	
EINSCHÄTZUNG DES BERUFLICHEN UND SOZIALEN ABSTIEGS	32		21		ns
Abstieg	12	37,5	12	57,1	
kein Abstieg	20	62,5	9	42,9	

Tabelle B 5

SOZIALSTATUS ZUM ZEITPUNKT DES AUFNAHMEVERFAHRENS	VON DER AFS NICHT AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	VON DER AFS AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	p* (N = 60)
	38		22		
ARBEITSPLATZ	36		22		ns
vorhanden	19	52,8	8	36,4	
Hausfrau	2	5,6	1	4,5	
ohne	15	41,7	13	59,1	
ARBEITSSITUATION (einschl. Hausfrauen)	36		21		ns
Patient arbeitet	3	8,3	0	0,0	
Patient arbeitet nicht	33	91,7	21	100,0	
UNTERHALT	36		22		ns
Einkommen aus Arbeit	19	52,8	8	36,4	
Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung	8	22,2	11	50,0	
sonstige Einkünfte	9	25,0	3	13,6	
WOHNSITUATION	36		20		ss
allein	13	36,1	17	85,0	
mit anderen	23	63,9	3	15,0	
WOHNSITUATION	36		22		sss
allein	13	36,1	17	77,3	
mit anderen	23	63,9	3	13,6	
ohne Wohnung	0	0,0	2	9,1	

Tabelle B 5

ANAMNESTISCHE DATEN	VON DER AFS NICHT AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	VON DER AFS AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	p* (N = 60)
	38		22		
AMBULANTE VORBEHANDLUNG	36		21		ns
psychiatrische Vorbehandlung	22	61,1	12	57,1	
Vorbehandlung durch praktische und sonstige Ärzte	3	8,3	2	9,5	
keine	11	30,6	7	33,3	
SOZIALE VORBETREUUNG	34		21		ns
ja	11	32,4	9	42,9	
nein	23	67,6	12	57,1	
SOZIALE VORBETREUUNG	34		21		ns
durch psychiatrische Institution	10	29,4	8	38,1	
durch sonstige Institution	1	2,9	1	4,8	
keine	23	67,6	12	57,1	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	35		22		ns
keine	1	2,9	2	9,1	
eine bzw. mindestens eine	9	25,7	4	18,2	
mehr als eine	25	71,4	16	72,7	
STATIONÄRE VORBEHANDLUNG	34		22		ns
keine	1	2,9	2	9,1	
eine	9	26,5	4	18,2	
zwei	6	17,6	6	27,3	
drei bis fünf	13	38,2	6	27,3	
mehr als fünf	5	14,7	4	18,2	
EINWEISUNGSMODUS BEIM STATIONÄREN VORAUFENTHALT	23		14		ns
freiwillig	17	73,9	6	42,9	
nicht freiwillig	6	26,1	8	57,1	

Tabelle B 5

DIAGNOSTISCHE DATEN	VON DER AFS NICHT AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	VON DER AFS AKZEPTIERTER ABBRUCH N	%	p* (N = 60)
	38		22		
DIAGNOSE	36		21		ns
Schizophrenie	20	55,6	14	66,7	
andere Psychosen	6	16,7	1	4,8	
Neurosen	9	25,0	6	28,6	
sonstige	1	2,8	0	0,0	
DIAGNOSE	36		21		ns
Schizophrenie	20	55,6	14	66,7	
nicht Schizophrenie	16	44,4	7	33,3	
DIAGNOSE	36		21		ns
295.0/295.1	2	5,6	1	4,8	
295.3	10	27,8	8	38,1	
295.6	2	5,6	3	14,3	
sonstige Schizophrenien	6	16,7	2	9,5	
affektive Psychosen	3	8,3	0	0,0	
sonstige Psychosen	3	8,3	1	4,8	
Neurosen	9	25,0	6	28,6	
sonstige	1	2,8	0	0,0	
CHRONIZITÄT	25		14		ns
sicher chronisch	2	8,0	1	7,1	
nicht sicher chronisch	23	92,0	13	92,9	

Tabelle B 5

VII. LITERATURVERZEICHNIS

1 ARBEITSGRUPPE zur Beantwortung des Fragebogens zur psychiatrischen Versorgung Charlottenburgs: Beantwortung des Fragebogens des Senators für Gesundheit, Familie und Soziales vom 8.12.1980 im Rahmen des Berichtsauftrages des Abgeordnetenhauses über weitere Verbesserungen der psychiatrischen Versorgung (Drucksache 8/244). Berlin (1982)

2 BACH, O.; FELDES, D.; THOM, A.; WEISE, K.: Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis. Leipzig (1976)

3 BARTZ, J.: Lehrbuch der Statistik. Berlin (1979)

4 BAUER, M.; BOSCH, G.; HOFER, G.; JANZ, H.-W.; KISKER, K. P.; KRÜGER, H.; PETERSEN, P.; PFLANZ, M.; RICHARTZ, M.; ROSE, H.-K.:Psychiatrie. Stuttgart (1973)

5 BAUER, M.: Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik - Anspruch, Wirklichkeit und praktische Erfahrung. Hannover (1976)

6 BAUER, M.; LEHTOMIES, T.: Psychiatrische Dienste in einem Standardversorgungsgebiet (Sektor) - auf dem Weg zu einem integrierten Versorgungssystem. Psychiatrische Praxis 4 (1977)

7 BEIGEL, A.; FEDER, S. L.: Patterns of Utilization in Partial Hospitalization. Amer. J. Psychiat. 126 (1970) 1267 - 1274

8 BENNETT, D.: Die Bedeutung der Arbeit für die psychiatrische Rehabilitation. Soc. Psychiat. 5 (1970)

9 BERICHT über den gegenwärtigen Stand und die Planung auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker. Berlin: Senator für Gesundheit und Umweltschutz 1973. Drucksache 6/895 des Abgeordnetenhauses von Berlin.

10 BERLINER Statistik, Hrsg. vom Statistischen Landesamt Berlin. Statistische Berichte: A I 3/S - hj 2/81 (1982); A I 4 - hj 2/81 (1982); A IV 1 - j/80; A IV 2 - j/80; A I 3 - j/80 (1981)

11 BOEHNKE, C.: Parametrische und nicht-parametrische varianzanalytische Verfahren. - Berichte aus dem Institut für Psychologie der TU Berlin, No. 80 - 5 (1980)

12 BOSCH, G.: Psychotherapie und Soziotherapie. Soz. Psychiat. 2 (1967) 111 - 124

13 BOSCH, G.: Zur Indikation tagesklinischer Behandlung. Nervenarzt 42 (1971) 457 - 466

14 BOSCH, G.: Intensivierung durch Integrierung.. Nervenarzt 42 (1971) 523 - 531

15 BOSCH, G.: Berufliches Versagen beim Schizophrenen und Chancen seiner beruflichen Rehabilitation. Sonderdruck: Schizophrenie und Umwelt. 5. Bad Kreuznacher Symposion 1970. Stuttgart (1971)

16 BOSCH, G.: Zum Gewicht sozialer Faktoren bei Verlauf und Behandlung psychischer Krankheiten - empirische Ergebnisse. In: Dörner, K., Plog, U. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. 7. Hamburger psychiatrisch-medizinische Gespräche v. 3.-4.4.70. Luchterhand. Berlin (1972) 21 - 39

17 BOSCH, G.: Die Psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland - Extramurale Dienste -. Soz. Psych. Inf. 19 (1974)

18 BOSCH, G.: Abteilung für Sozialpsychiatrie. Die Entwicklung und Dynamik der nervenklinischen Medizin im Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin. Berlin (1976) 46 - 54

19 BOSCH, G.; PIETZCKER, A.: Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD (1975). Drucksache 7/4201 des Deutschen Bundestages.

20 BOSCH, G.; LÜBCKE-WESTERMANN, D.: Synopse Psychiatrischer Dokumentationen. Teil 1, 2. Berlin (1980)

21 BOSCH, G.; LÜBCKE-WESTERMANN, D.: Ein System zur Dokumentation patientenbezogener Kontakte. Nervenarzt 52 (1981)

22 BOSCH, G.; VELTIN, A. (Hrsg. Aktion Psychisch Kranke): Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Köln (1983)

23 BOSCH, G.; STEINHART, I.: Behandlungsbeendigung und Entlassung aus der Sicht von Therapeuten und Patienten - Zur Nachbefragung ehemaliger Patienten einer sozialpsychiatrischen Modellinstitution. Psychiatrische Praxis 12 (1985) 55 - 62

24 BEOWN, J.; KOSTERLITZ, N.: Selection and Treatment of Psychiatric Outpatients. Arch. Gen. Psychiatry 11 (1964) 425 - 437

25 CIOMPI, L. et al.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. I Nervenarzt 48 (1977) 12 - 18; II Nervenarzt 49 (1978) 332 - 338; III Nervenarzt 50 (1979) 366 - 378

26 CROCETTI, G.; HERZL, R. S.; IRADJI, S.: Psychiatry and Social Class. Soc. Psych. 11 (1976) 99 - 105

27 DIAGNOSESCHLÜSSEL und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Korrigiert nach der 9. Revision der ICD. Berlin (1980)

28 DIENSTBLATT des Senats von Berlin Teil IV Arbeit - Soziales - Familie - Jugend und Sport - Gesundheit - Umweltschutz. Rundschreiben über Verzeichnis der Krankenhäuser, Universitätskliniken und -Polikliniken, Sonderkrankenhäuser und Krankenheime in Berlin (1982)

29 ENQUETE über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Schlußbericht der Sachverständigenkommission. Drucksache 7/4200 des Deutschen Bundestages (1975)

30 FEDER, S. L.: The Partial Hospitalization Program (Day and Night Center) at the Mount Sinai Hospital. J. Med. 38. Mt. Sinai (1971) 52 - 61

31 FINZEN, A.: Die Tagesklinik - Psychiatrie als Lebensschule. München (1977)

32 GLASER, F. B.: The Uses of the Day Program. In: Bellak, L.; Barten, H. (Ed.): Progress in Community Mental Health. New York (1972)

33 GÖTTE, J. H. A.; WEGENER, B.: Stationäre Psychiatrie in Kreuzberg - Bestandsaufnahme vor Beginn einer gemeindenahsektorisierten Arbeitsweise. Psychiat. Praxis 9 (1982) 119 - 125

34 HÄFNER, H.: Planung und Aufbau psychiatrischer Abteilungen und gemeindenaher Fachkrankenhäuser seit der Enquete-Erhebung (30.5.1973). In: Psychiatrie, 5 Jahre nach der Enquete (Hrsg. Häfner, Picard, Aktion Psychisch Kranke). Köln (1980) 17 - 21

35 HASINGER, A.: Die Weiterentwicklung eines Psychiatriegesamtkonzepts am Beispiel einer Großstadt-Planung, Leitlinien und gesetzliche Vorgaben. In: Die Schwester/Der Pfleger. 22. Jg. (1983)

36 HIPPIUS, H.; LAUTER, H. (Hrsg.): Standorte der Psychiatrie. München (1976)

37 HOCHMANN, J.: Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie. Frankfurt (1973)

38 HOGARTY, G. E.; DENNIS, H.; GUY, W.; GROSS, G. M.: Who goes there? - A critical Evaluation of Admissions to a Psychiatric Day Hospital. Amer. J. Psych. 124 (1968)

39 JAKUBASCHK, J.: Zehn Jahre Tagesklinik in Heidelberg. Psych. Praxis (1979) 1 - 7

40 KÖPPELMANN-BAILLIEN, M.: Gemeindepsychiatrie - Erfahrungen mit einem Reformmodell in Frankreich. Frankfurt/M. (1979)

41 KRUCKENBERG, P.: Vollversorgung oder Selektion? Voraussetzungen für ein sektorisiertes Versorgungssystem. Referat anläßlich einer Tagung der Aktion Psychisch Kranke. (1976) Typoskript.

42 LEHMKUHL, D.; FÄHNDRICH, E.; KRUCKENBERG, P.; PONTZEN, W.: Planungsgrundlagen für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung Charlottenburgs. Rehburg-Loccum (1980)

43 LIUNGMAN, C. G.: Sozialprodukt Geisteskrankheit. Reinbek (1974)

44 MENDEL, W. M.; RAPPORT, S.: Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalization. Arch. Gen. Psych. 20 (1969) 321 - 328

45 MODELLPROGRAMM Psychiatrie der Bundesregierung - Beteiligung des Landes Berlin. Vorlage zur Beschlußfassung. Senator für Gesundheit und Umweltschutz 1981. Drucksache 8/743 des Abgeordnetenhauses von Berlin

46 MUNDT, C.: Ein tagesklinisches Beurteilungs- und Behandlungskonzept - Erfahrungen an der Tagesklinik des Maudsley-Hospital in London. Nervenarzt 47 (1976) 94 - 102

47 RAVE-SCHWANK, M.: Die tagesklinische Behandlung in Heidelberg. Psych. Praxis 1 (1974) 45 - 51

48 RAVE-SCHWANK, M.; HÜNEKE, H.: Zur Rehabilitation chronisch Kranker. Nervenarzt 50 (1979) 800 - 805

49 ROSE, H. K.; BAUER, M.: Regionalisierte Psychiatrie als Möglichkeit zur Überwindung der Schranke zwischen Universitäts- und Landeskrankenhaus - Psychiatrie. Psychiat. Praxis 2 (1975) 233 - 243

50 ROSE, S.; HAWKINS, J.: Decision to admit. Arch. Gen. Psychiatry 34 (1977) 418 - 421

51 SCHMID, S.: Freiheit heilt. Bericht über die demokratische Psychiatrie in Italien. Berlin (1977)

52 SCHULTE, W.; TÖLLE, R.: Psychiatrie. Berlin (1979)

53 SEELISCH Kranke brauchen Hilfe. Gemeindenahe Psychiatrie in Charlottenburg. Das Bezirksamt Charlottenburg von Berlin, Abteilung für Gesundheitswesen - Sozialpsychiatrischer Dienst und die Freie Universität Berlin, Abteilung für Sozialpsychiatrie (Hrsg.). Berlin (1978) Typoskript.

54 STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Fachserie 12, Reihe 1. Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen. Wiesbaden (1979)

55 STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Fachserie 12, Reihe 6. Krankenhäuser. Wiesbaden (1980)

56 TISDALE, B.: Not for Admission. Can. Nurse 68 (1972) 35 - 39

57 TOBIN, J. M.: The Selection of Patients for Day Hospital Care. Am. Psychiatr. Ass. Proc. Washington, D. C. (1958) 58 - 67

58 VELTIN, A.: Gemeindenahe Psychiatrie: Notwendigkeit, Konzepte und Möglichkeiten der Verwirklichung. Soz. Psych. Inf. 7 (1977) 41

59 WIENEKAMP, R.: Welche Bedeutung hat eine klinische Bettenstation für das Funktionieren eines sozialpsychiatrischen Versorgungssystems? Sozialpsychiatr. Inf. 12. Hannover (1972) 30 - 36

60 WIETHÖLTER, H.: Tagesbehandlung - Ein Schritt auf dem Weg zu einer alternativen Psychiatrie. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Heft 12. Tübingen (1975)

Lebenslauf des Andreas Dieckmann

30.07.1949	als Sohn des Juristen Ulrich Dieckmann und seiner Ehefrau Hannelore in Arnsberg/Westfalen geboren
1956 - 1960	Besuch der Grundschule
1960 - 1969	Besuch des Gymnasiums mit Reifeprüfung am Städt. Neusprachlichen Gymnasium Gummersbach
1969 - 1972	ziviler Ersatzdienst, Ausbildung zum Krankenpflegehelfer und Diakon in den von Bodelschwinghschen Anstalten, Bethel
SS 72 - SS 79	Studium der Medizin an der Freien Universität Berlin und Erlangung der Approbation
1980 - 1982	Assistenzarzt im ev. Johannesstift, Berlin-Spandau
1982	Beginn der Weiterbildung am Institut für Psychotherapie e. V. Berlin
seit 1983	Assistenzarzt in der Nervenklinik Spandau, Berlin

Lebenslauf des Günter Plönes

30.10.1952	geboren in Hinsbeck (Niederrhein)
1959 - 1963	Besuch der kath. Volksschule Leuth
1963 - 1971	Besuch des staatl. Gymnasiums Thomaeum Kempen mit Reifeprüfung
WS 71/72 - SS 74	Studium an der Pädagogischen Hochschule Rheinland (Neuß) mit Erstem Staatsexamen für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule
1974 - 1976	Zivildienst in der Rheinischen Landesnervenklinik Rheydt
1976 - 1977	Lehramtsanwärter mit Zweitem Staatsexamen für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule
WS 76/77 - SS 83	Studium der Medizin an der Freien Universität Berlin und Erlangung der Approbation
seit Okt. 1983	Assistenzarzt in der Nervenklinik Spandau, Berlin